Rok XXVII. Kraków, 4 Lutego 1888. Nr. 5.

**Redakcyja:**
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

**Administracyja:**
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

**Cena ogłoszeń.**
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

**Rękopismy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 16 mk. | we Francyi 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |




## I. Przyczynki kazuistyczne do operacyjnego leczenia nagromadzenia ropy w jamie Highmora według sposobu prof. Mikulicza.

Podał
Dr. Ignacy Link,
c. k. lekarz pułkowy we Lwowie.

Jak wiadomo, polecił Zuckerkandl [1]) w celu wypróżnienia jamy szczęki górnéj otworzyć takową przez zrobienie sztucznego otworu „tuż poza i poniżéj *infundibulum*, tam, gdzie zatoka ku jamie nosowéj tylko miękkiemi częściami jest odgraniczoną“, aby w ten sposób nieprawidłowe ciecze téjże jamy wolny odpływ do nosa mieć mogły. Mikulicz [2]) był pierwszym, który propozycyję tę przyjął i wykonał, a to w ten sposób, iż umyślnie w tym celu sporządzonym kolcem poniżéj dolnéj muszli nosowéj przebił ścianę kostną jamy Highmora, która, jak wiadomo, na tém miejscu jest cienka jak papier. Cztery przez niego w ten sposób operowane przypadki, uwieńczone pomyślnym wynikiem, poparły słuszność teoretycznego wywodu. Do tych czterech przypadków chcę dołączyć dwa przezemnie w ostatnich czasach operowane.

J. P., 38-letnia, silnie zbudowana kobieta, zaniemogła przed rokiem mniéj lub więcéj z powodu próchnienia zęba według podania powoli się wzmagający, głuchy, gniotący, czasem též rwący ból szczęki górnéj po stronie lewéj; przytém na zewnątrz żadnego obrzęku nie można było się dopatrzeć. Ponieważ uważała za przyczynę swego cierpienia ów zepsuty ząb, przeto kazała go wyjąć (lewy górny ząb mądrości) i teraz spostrzegła, że z tego miejsca, gdzie przedtém był ząb, zawsze ropa kroplami się sączyła. Aczkolwiek po wyjęciu zęba bóle w szczęce górnéj znacznie się zmniejszyły, to jednak niepokoiło ją ciągłe ropienie z przetoki powstałéj w miejscu dołu zębowego. Lekarz wezwany do porady przestrzykiwał prawie codziennie przez dwa miesiące ropiejącą przetokę, jednak bez skutku. To skłoniło chorą szukać pomocy lekarskiéj poza miejscem zamieszkania i przybyła do mnie. Przy dokładném badaniu nie znalazłem wprawdzie żadnéj wyniosłości szczęki górnéj, lecz natomiast w miejscu odpowiadającém lewemu górnemu zębowi mądrości przetokę, która do lewéj jamy Highmora bezpośrednio prowadziła. Ażeby się przekonać o zawartości téjże, rozszerzyłem drogą tępą za pomocą kleszczyków otwór przetoki, przyczém się wylała z téjże znaczna ilość masy podobnéj do zawartości kaszaka do jamy ustnéj. Do rozszerzonego otworu wprowadziłem teraz kobiecy cewnik metalowy i przezeń przestrzykałem jamę Highmora 3‰ rozczynem kwasu salicylowego, przyczém wypłynęła znaczna ilość owéj papkowatéj mocno kwaśno woniejącéj cieczy częścią przez jamę ustną, w większéj ilości jednak przez lewą stronę jamy nosowéj. Aczkolwiek teraz odpływ do jamy ustnéj zdawał się być zapewnionym, to jednak chciałem łączność między jamą Highmora i jamą nosową utrwalić, aby w ten sposób wydzielinie wolną drogę utorować i owo nienaturalne i przykre połączenie z jamą ustną usunąć. W tym celu wykonałem natychmiast zabieg według Mikulicza, otwierając w uśpieniu chloroformowém kolcem jamę Highmora poniżéj lewéj muszli nosowéj dosyć szeroko. Teraz za pomocą cewnika od strony jamy ustnéj wykonane przestrzykanie wypróżniło zrobionym otworem zawartość lewéj jamy Highmora; zawartość ta składała się ze znacznéj ilości owych powyżéj opisanych papkowatych mas. W końcu przepłukałem jamę Highmora 10% mięszaniną zawiesiny gliceryny z jodoformem a mierny krwotok uśmierzyłem tamponując gazą jodoformową. Po 24 godzinach usunąłem gazę i przestrzykiwałem codziennie jamę od strony otworu nosowego strzykawką przez Mikulicza podaną. Już po tygodniu zamknęła się przetoka w wyrostku zębowym zupełnie a wydzielina przez nos była bardzo skąpa.

[1]) *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge.* Wien, 1882. — [2]) *Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. Langenbecks Archiv für Chirurgie.* Tom XXXIV, Z. 3.

Chora bardzo prędko wyuczyła się przestrzykiwać sobie sama jamę Highmora i w dwa tygodnie po operacyi zadowolona odjechała do domu. Z listu dowiedziałem się, że obecnie to jest po trzech miesiącach, wydzielina z jamy jest bardzo małą tak, że chora bardzo rzadko przepłukuje. Bóle, które istniały przed operacyją, od tego czasu znikły zupełnie.

Drugi przypadek dotyczy artylerzysty, L. W.; żołnierz ten ma lat 22 i pochodzi z rodziny gruźliczéj. Zachorował on przed sześciu miesiącami na nieżyt nosa, przyczém się wydobywała z prawéj dziurki nosowéj skrzepła z ropą zmieszana krew. Piątego sierpnia z. r. wyjęto mu spruchniały bolesny drugi prawy ząb górno-szczękowy, poczém bezpośrednio prawe lico nabrzmiało. Przez 24 godzin krwawienie z dołu wyjętego zęba. Przez dziesięć dni obrzmienie lica pozostało bez zmiany, poczém wśród objawów ostrego zapalenia pod prawym wewnętrznym kątem oka wytworzył się ropień i pękł. Ztąd powstała przetoka wydzielała ustawicznie małą ilość gęstéj ropy. Skoro chorego zobaczyłem po raz pierwszy przed 4ma miesiącami, wnosiłem z obrzęku prawéj szczęki górnéj o stanie chorobowym w jamie szczęki górnéj, za czém téż i wywiady zdawały się przemawiać, najbardziéj jednak ta okoliczność, że według podania chorego z dołka po wyjętym zębie wydobywała się ropa w dosyć znacznéj ilości. Badanie za pomocą zgłębnika potwierdziło moje rozpoznanie, gdyż zgłębnik wprowadzony przez zewnętrzną przetokę spotkał się z drugim wprowadzonym przez prawidłowy wchód do jamy Highmora i z trzecim zgłębnikiem wprowadzonym przez przetokę zębodołową. Przytém muszę wspomnieć, że i w tym przypadku naturalne wejście do jamy Highmora było dość obszerne, tak że z bardzo wielką łatwością zgłębnikiem zakrzywionym wejść było można. Ponieważ na podstawie badania nowotwór stały było można wykluczyć, podejrzywałem sprawę ropną i postanowiłem z powodu tego otworzyć chorą jamę szczęki górnéj według metody Mikulicza. 26 listopada r. z. operowałem chorego w głębokiém uśpieniu chloroformem dokładnie według sposobu podanego przez Mikulicza, przekłuwając kolcem poniżéj prawéj dolnéj muszli nosowéj ścianę jamy Highmora. Po wyskrobaniu jamy Highmora od zewnętrznego otworu przetoki za pomocą ostréj łyżeczki, wprowadziłem przez téż ostatnią dren grubości pióra kruczego do jamy, poczém wytamponowałem prawą jamę nosową gazą jodoformową. Wspomnieć muszę, że przy wypróżnieniu i przepłukiwaniu jamy Highmora wydobyłem podobne papkowate masy jak w pierwszym moim przypadku. Po 24 godzinach usunąłem gazę jodoformową i codziennie od tego czasu przepłukiwałem przez dren jamę rozczynem kwasu salicylowego. Wydzielina tak szybko się zmniejszyła, że już 6go dnia dren mogłem usunąć a w dwa dni potém przetoka zupełnie się zamknęła. Od tego czasu przepłukuje się tylko otworem sztucznie zrobionym a ciecz wstrzykiwana odpływa zawsze czysta. Lico od tego czasu sklęsło zupełnie, tylko głęboko wciągnięta blizna pod wewnętrznym kątem oka przypomina jeszcze dawniejszą przetokę. Przetoka zębodołowa zamknęła się już w kilka dni po operacyi a na jéj miejscu zaledwie tylko zagłębienie jest widoczne. Chory nie uskarża się obecnie na żadne dolegliwości, cieszy się z wydrowienia a najbardziéj z tego, że prawa dziurka nosowa, która od kilku miesięcy była zatkaną, obecnie jest zupełnie wolna, jakotéż że ropienie z zębodołu mu nie dokucza. Obchodzenia się ze strzykawką wyuczył się i sam przepłukuje sobie jamę Highmora.

Te dwa przypadki dostarczają dowodu użyteczności metody Mikulicza i odpierają twierdzenie Störka [1], jakoby ona była ciężkim i niewdzięcznym zabiegiem. Jeżeli się dokładnie trzyma dolnéj muszli nosowéj i jeżeli kolcem idzie się na zewnątrz, omijając muszlę, i nie zadaleko ku przodowi ani nie zadaleko ku tyłowi, to nigdy się nie zbłądzi, jeżeli tylko blaszka kostna nie jest za grubą, co jednak tylko rzadko się zdarza. Postępowanie to jest również o wiele prostsze i praktyczniejsze aniżeli Störka, ponieważ wyszukanie naturalnego otworu do jamy Highmora jest bardzo uciążliwe i wymaga wielkiéj wprawy, a ponieważ ten otwór powyżéj płaszczyzny podstawy jamy jest położony, z tego więc powodu nagromadzona ciecz najpierw do wysokości otworu musi dojść, aby dobrowolnie i to tylko częściowo módz odpłynąć lub téż odpłynięcie cieczy może nastąpić śród przechylenia głowy na bok. W skutek zabiegu Mikulicza natomiast otwór blisko podstawy się znajduje i z tego powodu wydzielina dobrowolnie odpływać może a przy zgięciu głowy naprzód wypływa wydzielina dokładnie.

W drugim przypadku widzieliśmy, iż pomimo obecności nadzwyczaj rozszerzonego naturalnego wejścia do jamy Highmora, nagromadzały się tam wydzieliny i do wytworzenia przetoki do lica doprowadziły, jakotéż że ta przetoka już w kilka dni po wykonaniu operacyi zupełnie się zamknęła, co przedtém w żaden inny sposób się nie udawało. Störk ma téż z tego powodu niesłusznie, jeżeli mu postępowanie Mikulicza przypomina *das Einrennen einer offenen Thüre.*

W końcu chciałbym zwrócić uwagę na pewien dodatek w badaniu jamy Highmora, który, o ile mnie się zdaje, od nikogo nie był wykonywanym ani ogłoszonym, jest nim opukiwanie.

Próby powtarzane na zdrowych i chorych, które w tym kierunku wykonywałem, doprowadziły do następujących wyników. Jeżeli się przyłoży walcowaty, gładki patyczek, długi na palec, jednym końcem na podniebieniu twardém, zaraz powyżéj drugiego zęba trzonowego i jeżeli się opukuje na wolnym końcu tego patyczka palcem, to otrzymuje się, gdy jama Highmora jest próżną, pełny i jawny ton, który jednak staje się stłumionym, jeżeli jamę napełnimy wodą. Zatkanie odpowiedniéj dziurki nosowéj nie ma wpływu na wysokość tonu przy opukiwaniu. Badając w ten sposób można rozpoznać, czy jama Highmora jest próżną, t. j. tylko powietrze zawiera, lub téż czy zawiera płyn lub téż ciało stałe.

---

## II. Ze szpitala powszechnego we Lwowie.

## O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami miąższowemi kreozotu.

Przez

Dra Leona Rosenbuscha

Sekundaryjusza oddz. wewn.

LITERATURA: H. Lebert Traité pratique des maladies scrophuleuses et tuberculeuses Paris, 1849. — Herm. Brehmer. Die chronische Lungenschwindsucht, ihre Ursachen und ihre Heilung. Berlin, 1859. — Heyer. Die percutorische Grenzbestimung der Lungenspitze. Archiv d. Heilkunde 1863 str. 443. — Klebs. Über die Entstehung der Tuberculose und ihre Verbreitung im Körper V. A. Bd. 44. — Brodowski. Über den Ursprung so genaunter Riesenzellen und über Tuberkeln, Allgemeines Archiv für pathol. Anatomie Bd. 1. XIII. — Die Lungenschwindsucht und die aucte Miliartuberculose von Prof H. Ruehle. Handbuch der spec. Path. u. Ther. von Ziemssen. — Chronische und acute Tuberculose von Prof. E. Rindfleisch, tamże. — Experimen-

---

[1]) *Über die lokale Behandlung des Empyems der Highmorshöhle von Prof. Dr. Störk. Wiener med. Wochenschrift,* 1886, Nr. 43.

telle Untersuchungen über den Einfluss einiger Arsenverbindungen auf den thierischen Organismus von Dr. A. Lesser. V. A. Bd. 74 — Zur Lehre der Tuberculose und der verwandten Erkrankungen v. Prof. Dr. Weigert. Leipzig, V. A. Bd. 77. — Zur Wirkung des benzoësauren Natrons von Prof. Salkowski in Berlin. V. A. Bd. 78. — Über disseminirte Miliartuberculose von Dr. Biedert und O. Siegel V A Bd 98. — Jürgensen. Zur Diagnostik der acuten Miliartuberculose Berl. klin. Wochenschrift 1872. — Über des Vorkommen und die Verbreitung der Tuberkelbacillen bei den verschiedenen tuberculösen Erkrankungen von Dr. G. Fülterer V. A. Bd. 100. — A. Kiess. De la terpine et de son emploi dans bronchites chroniques et les catarrhs des phthisiques. Gaz. méd. de Strassbourg 1885, 12. — Dr. C. Reclam. Kreosotinhalationen gegen putride Affectionen der Bronchien und Lungen 1879 — Reuss L. M. De la Créosote dans les affections de voies aspiratoires. Jour. de Thér. 1884. — Koch R. Die Aetiologie der Tuberculose. Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte 1884. — Westbrook. B. F. On the aetiology of Pulmonary Phthisis. The New York med. Journ. 26 July 1884. — Cantani Über Inhalationen von Bacterium termo bei Lungenschwindsucht. Centralblatt f. d. med. Wiss. 1885 29. — Reichert M. Über eine neue örtliche Behandlung der chronischen Lungentuberculose und der chronischen Bronchitis. Deut. Arch f. klin Med. Bd. XXXVII. 1885. — Hamilton R. The local treatement of phthisis by carbolic acid. Brit. med. Journ. 2 July 1885. — Sormani G. und E. Brugnatelli: Ricerche sperimentali sui neutralizzanti del bacillo tuberculose profilattico e terapeutico Annali unio de med. Febbrajo 1885. — Filleau. De l'emploi de l'acide phénique en injections hypodermiques dans le traitement de la phthise pulmonaire. Paris, 1886. — White John-Blake. Eleven cases of phthisis treated by intrapulmonary injections of carbolized jodine Med. record. 593, 1886. — Lubliński. Jodolbehandlung der tuberculösen Geschwüre im Kehlkopf. Deutsche med. Wochensch. 1886, Nr. 51. — Ballagi J. Zur Bakteriotherapie der Lungenschwindsucht. Allg. med. Centr. Ztg. 28. — Laaser. Zur Bakteriotherapie der Lungenschwindsucht. Allg. med Central Ztg. 34, 1886. — Stachiewicz T. O wartości leczniczéj wziewań z „Bacterium termo" w gruźlicy. Wiadomości lekarskie IV. 1886. — Roussel J. Traitement de la tuberculose, par les injections souscutanées d'eucalyptol. Gaz. des hôpitaux 118, 1886. — Rosenberg S. Menthol bei Lungenschwindsucht Therap. Monatshefte v. Liebreich Nr. 3, 1887. —

Rozgłos przeróżnych środków, polecanych gorąco przeciw suchotom płucnym, już dawno przebrzmiał. Każdy z nich w pewnym czasie rozrywany przez wszystkich po kilkoletnim a częstokroć i kilkomiesięcznym tylko okresie życia, poddany ściślejszemu rozbiorowi krytycznemu okazał się tylko niepotrzebnym dodatkiem do środków symptomatycznych, które jako zawsze w leczeniu suchot płucnych wskazane i polecane i dziś niepoślednie zajmują stanowisko. Równorzędne miejsce zajmuje leczenie klimatyczne i hydropatyczne, od których bądź co bądź najwięcéj jeszcze obiecujemy sobie skutków. Od czasu do czasu jednak wypływają pomimo niedowierzania, z jakiém je zwykliśmy przyjmować, nowe środki, które w suchotach płucnych rozmaici lekarze polecają. Znaczny zwrot, który powstał po wykryciu prątków gruźliczych, jako przyczyny gruźlicy płuc przez Kocha, nadał poszukiwaniom tym za środkami leczniczemi zupełnie inny kierunek. Widząc przyczynę choroby w bakteryjach, które tylekrotnie niszczymy w miejscach dla nas dostępnych, szukamy środków, któreby zdolały niszczyć je i w miąższu płucnym, rozwój ich powstrzymać i chorobotwórcze grzybki wydalić z organizmu. Podawano więc środki przeciwgnilne jużto przez przewód pokarmowy, jużtéż stosując je drogami oddechowemi, jużtéżto wstrzykiwano je w ostatnich latach podskórnie, a w nielicznych przypadkach nawet w sam miąższ płucny. Trudno byłoby nawet wymienić cały zastęp tych środków, z których tylko najbardziéj używane przytaczam. Należy tu: arszenik zalecony już przez Dioscoridesa, a wznowiony przez Bretonneaua, Trousseaua, Sandrasa i Isnarda; arsenian żelaza polecany przez Bieta, Duchesnego i Duparca; dziegieć znany od dawna lekarzom francuskim, szczególnie Sales-Gironowi, a w Niemczech gorąco polecony przez C. Reclama; będźwinian sodowy, zresztą dobry lek wykrztuśny, mający jednak według badań Salkowskiego (l. c.) znacznie wzmagać rozpad ciał białkowatych, kreozot, którego działanie zachwala Reuss (*Journ. de Thérapie* 1879 VI), daléj olejek terpentynowy, jodoform, terpinhydrat, quebracho, jodol, sublimat, wreszcie mentol i eukalyptol podany przez Schmeltza.

Prawie wszystkie te a i inne środki lecznicze, jak kwas siarkowodowy, stósowano téż drogą wziewań. Opierając się na teoryi pasorzytniczéj Kocha, starano się daléj przez rozwój bakteryj innych ustrojowi nieszkodliwych wydalić chorobotwórcze grzybki. Tu należą doświadczenia Cantaniego, które powtórzyli Karessig[1]), Salama[2]), Ballagi[3]) i Stachiewicz[4]).

W najnowszych czasach znalazła znów metoda Bergeona, polegająca na wprowadzeniu gazu kwasu siarkowodowego i bezwodnika węglowego do odbytnicy, swoich zwolenników.

Codzienne doświadczenie nakazuje nam orzec, że wiele z polecanych środków rzeczywiście z dobrym skutkiem nieraz stósujemy, biorąc na uwagę, że za pomocą tychże często nam się udaje ilość plwocin i kaszel zmniejszyć, działać przeciwgorączkowo i choć częściowo odrażać plwociny chorych. Dokładniejsze jednak zastanowienie się nad zmianami chemicznemi, jakim środki te, dostawszy się do żołądka, podlegają i nad ich rozcieńczeniem w chwili, gdy takowe na miejsca chorobowo zmienione działać mają, zaufanie nasze do nich znacznie osłabia, a przekonywa nas o potrzebie miejscowego stósowania leków, od którego odstręczała chyba niedostępność narządu i obawa przed zabiegami chirurgicznemi w narządzie szlachetnym i w sąsiedztwie wielkich pni naczyniowych położonym. Od czasu do czasu jednak usiłowano miejscowo leczyć gruźlicę i szukano środków, któreby bez skutków ujemnych stósować można. Tu należą wstrzykiwania, które do jam płucnych robił White z jodyny i próby z solami wapniowemi, które przedsiębrał Kolischer. I pewnie łatwiéj uwierzyć można, że *in loco affectionis* zastósowane środki przeciw chorobie téj działać mogą, gdy zważymy znaczną odporność grzybków chorobotwórczych i daleką drogę, jaką każdy przez przewód pokarmowy podany środek przebyć musi.

W oddziale prymaryjusza Dra O. Widmanna, któremu za łaskawe popieranie tych badań na tém miejscu wdzięczność wyrazić pragnę, mając znaczny materyjał pozostający wśród najgorszych warunków z powodu wadliwych urządzeń szpitali naszych, które żadną miarą nie mogą być przytuliskami dla chorych na płuca, rozpocząłem w grudniu 1886 r. uskuteczniać wstrzykiwania miąższowe w szczyty płucne z 10% mentolu w olejku migdałowym w przypadkach gruźlicy ostréj i przewlekłéj. Doświadczenie jednak zebrane na kilku przypadkach dawało niedostateczne wyniki i już w lutym b. r. porzuciłem mentol a zwróciłem się ku kreozotowi, którego zewsząd zachwalane wewnętrzne podawanie pewniejszą zdawało się być rękojmią. Gdy pierwsze doświadczenia czynione na chorych z daleko posuniętemi zmianami bardzo dobre dały wyniki, zacząłem stósować wstrzykiwania miąższowe z tego leku w rozmaitém zgęszczeniu i w rozmaitych płynach u całego szeregu chorych na gruźlicę płuc, które do dziś dnia uskuteczniam. Począwszy od 1% roczczynu stósowałem 2%, 3%, 4% i 5% kreozot; najodpowiedniejszy jednak jest roczczyn 3%. Do rozcieńczenia używam obecnie stale olejku migdałowego. Skutek tych wstrzykiwań częstokroć jest zdumiewający. Już w krótkim czasie po wstrzykiwaniu ustępuje kaszel, a nieraz już udało mi się usunąć

---

[1]) *Allg. med. Ztg.* 1886. — [2]) tamże Nr. 98. — [3]) l. c. — [4]) l. c.

takowy zupełnie po jednêm wstrzyknięciu, pomimo, że przedtêm pomimo podawania leków a w szczególności znacznych dawek makowca, pozostawał niezmieniony. W 5—8 godzin po zastrzyknięciu opada ciepłota. Czasem występuje jeszcze w pierwszych godzinach po wstrzykiwaniu nieznaczne podniesienie się tejże, po kilku godzinach jednak prawie zawsze ciepłota opada i utrzymuje się potêm w wysokości prawidłowêj przez 10—12 godzin. Nie zawsze obniżenie to już po pierwszêm występuje zastrzyknięciu, natomiast w przypadkach do takiego leczenia odpowiednich po każdêm wstrzyknięciu obniżenie ciepłoty spostrzegać można coraz to dłużêj się utrzymujące aż do stanu prawidłowego. Po kilku w odstępach dwu lub trzydniowych zastósowanych wstrzykiwaniach ustępuje kaszel prawie zupełnie, a ilość plwocin znacznie się pomniejsza. W przypadkach jeszcze do leczenia odpowiednich poprawia się odżywienie chorych, duszność i poty przemijają, a stan sił się wzmaga. Również wybitnie zmieniają się objawy wypukowe i przysłuchowe. Wraz z poprawą ogólnego stanu chorych można zauważyć częstokroć wyjawnienie stłumień szczytowych, a rzężenia częstokroć się zmniejszają i zupełnie ustępują [1]).

Zachodzić może pytanie: Kiedy w gruźlicy płuc należy już uskuteczniać wstrzykiwania kreozotowe a kiedy nie są one już wskazane? Sądzę, że rozpoczynający się rozpad w szczytach będzie najlepiêj oznaczał czas, w którym już leczenie miejscowe jest usprawiedliwionêm, innêj zaś granicy podać nie mogę, gdyż i w najrozpaczliwszych przypadkach tyle po nich można uzyskać, jeżeli już nie poprawy, to ulgi dla chorych, że i tam stósować je należy, têm bardziêj, że zabieg jest bardzo prosty i mało bolesny a zmniejszenie, a nawet zupełne zniesienie kaszlu i w tych przypadkach, w których już leczyć nie chcemy, ważną odgrywa rolę.

Miejsca dla wstrzykiwań nie można ściśle podać, wybór jego zależeć musi od zmian napotykanych, gdy jednak najczęściêj spotykamy się ze zmianami szczytowemi i te właśnie przypadki ograniczonych jeszcze do szczytów nacieków są do leczenia odpowiednie, najczęściêj należy uskuteczniać wstrzykiwania w szczyty płucne, które jako najbezpieczniejsze przeważnie stósowałem obok wstrzykiwań do jam. Z przodu wstrzykiwałem najchętniêj w drugim przestworze międzyżebrowym lub w sam szczyt (trudniêj), od tyłu zaś w *fossa supraspinata*, któreto miejsce jest według moich doświadczeń najodpowiedniejszêm. Nigdy też po wstrzyknięciu nie powstał krwotok; a raz szczególny tylko u chorego, do krwotoku skłonnego, wystąpiły plwociny lekko krwią zabarwione po zastrzyknięciu obustronnêm z przodu, które już w kilka godzin ustąpiły. Wstrzykiwania wykonywano za pomocą zwykłêj strzykawki Pravaza o długich igłach (6—8 cm.). Z roztworu 3% wstrzykuję ½ strzykawki w jeden, następnie zaraz drugą połowę w drugi szczyt. Baczyć przytêm należy, aby płyn powolnie tylko dostawał się do tkanki płucnêj, co się da osiągnąć przez powolne obniżanie tłoczka. Chory nie powinien głęboko oddychać, powierzchowne zaś oddechy podczas rękoczynu zupełnie nie przeszkadzają. Już po wstrzyknięciu wysłuchać można nad miejscem, w które wstrzykiwanie uskuteczniono, drobne rzężenia mokre lub dźwięczne, stosownie do zbitości miąższu płucnego. Jak już wyżej wspomniałem sprawiają wstrzykiwania te bardzo mało bolu — najmniej bolesne są wstrzykiwania od tyłu, do czego prawdopodobnie przyczynia się w znacznêj części i to, że chorzy rękoczynu nie widzą, znoszą zaś wszystkie bardzo dobrze. Za płytko wykonane wstrzyknięcie może sprowadzić kłucie przez zadrażnienie opłucny, które wkrótce przemija. Nawet po kilkunastu wstrzykiwaniach nigdy nie mogłem stwierdzić żadnych objawów zatrucia. Po wstrzyknięciu polecam chorym leżenie i spokój zupełny przez kilka minut, poczem wstają nie doznając żadnych uczuć nieprzyjemnych. Jeżeli wstrzykiwania dokonano do jamy w płucu lub do grubszego oskrzela, w takim razie czuje chory przy następnym kaszlu woń kreozotu, którą też w plwocinach stwierdzić można. Rozumie się samo przez się, że wstrzykiwania te wykonywać należy z uwzględnieniem antyseptyki. Skórę należy zmyć 5% kwasem karbolowym, igły i strzykawkę czysto utrzymywać a przed użyciem dokładnie odrazić.

[1]) Wpływ tych wstrzykiwań na ilość w plwocinach niepołykanych laseczników Kocha w osobnem zestawieniu przezemnie leczonych przypadków podam późniéj.

Z licznych spostrzeżeń podaję kilka:

I. St. Łow., l 25 liczący wyrobnik, od 3 miesięcy kaszel, osłabienie ogólne, gorączka i poty. Odżywienie mierne, cera blada. Tętno 120. Z przodu stłumienie nad obydwoma szczytami do II żebra, od tyłu szczyt lewy do połowy łopatki, prawy do grzebienia stłumiony. Nad szczytami obok wdechu i wydechu oskrzelowego rzężenia drobno i średniobańkowe dźwięczne, w znaczniejszéj ilości nad szczytem lewym. Plwocin śluzoworopnych ilość znaczna. Ciepłota wieczorna stale ponad 38, rano niezupełne remisyje

| Dzień | | Ciepłota R. | Ciepłota W. |
|---|---|---|---|
| 26/IX | Kaszel częsty prawie ciągły . . . . . . . . . | 37·2 | 38 |
| 27 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 38 | 38 |
| 28 | Obustronnie **0·015** w szczyty od tyłu . . . I × | 38 | 38 |
| 29 | Kaszel mniejszy, w nocy potów nie było . . . . | 37 | 37·7 |
| 30 | **Obustronnie po 0·015 w szczyty od tyłu . . II ×** | 37 | 37 |
| 1 | Kaszel znacznie mniejszy, plwocin ilość nieznaczna, | | |
| 2 | poty nocne ustąpiły, ilość oddechów prawie pra- | | |
| 3 | widłowa. Ciepłota prawidłowa . . . . . . . | 37 | 37 |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | Dość znaczna Bronchitis, ztąd ilość plwocin znowu | 37 | 37·4 |
| 7 | większa — w nocy poty . . . . . . . . | 37·4 | 37·8 |
| 8 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37·9 | 38 |
| 9 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37·9 | 38·4 |
| 12 | **0·025 obustronnie w II przestwór z przodu . III ×** | 37·8 | 38 |
| 13 | Kaszel mniejszy w szczytach rzężenia jeszcze | 37·2 | 37 |
| 14 | się utrzymują . . . . . . . . . . . . . | 37·3 | 37·5 |
| 15 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37·5 | 37·6 |
| 16 | **ponownie obustronnie w II przestwór z przodu 0·015** . . . . . . . . . . . . . . . . . IV × | 37·6 | 38 |
| 17 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37 | 37·2 |
| 18 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37·6 | 37·8 |
| 19 | Kaszel zupełnie ustąpił, plwocin również nie ma | 37 | 37·7 |
| 20 | Chory znacznie silniejszy — odżywienie się popra- | 37 | 37 |
| 21 | wia. Potów nocnych nie miewa. W szczycie le- | 36·6 | 37·4 |
| 22 | wym występują jeszcze po kaszlu drobnobańkowe | 37 | 37 |
| 23 | dźwięczne rzężenia . . . . . . . . . . | 37 | 37 |
| 24 | **Obustronnie 0·015 od tyłu w szczyty . . . . V ×** | 36·8 | 37 |
| 25 | | 36·4 | 37 |
| | Od 25/IX. Ciepłota stale prawidłowa. Chory kaszlu wcale nie doznaje. W szczytach wdech i wydech oskrzelowy się utrzymuje, rzężenia zaś zupełnie ustąpiły. W szczycie lewym tylko świsty przy głębokim wdechu . . . . . . . . . . . | 37 | 37 |
| 2/XII | **Obustronnie 0·015 od tyłu . . . . . . . VI ×** | 37 | 37 |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 10 | **Obustronnie 0·015 od tyłu w szczyty . . . VII ×** | 37 | 37 |

Dnia 17 Grudnia opuścił chory szpital w stanie zupełnie bezgorączkowym. Odżywienie chorego dobre, cera zdrowa, tkanki tłuszczowêj ilość dość znaczna. Kaszlu wcale nie miewa. Nad szczytami z przodu odgłos lekko przytłumiony tylko do obojczyków. Od tyłu w lewym szczycie stłumienie. Rzężeń wykazać nie można. Nad szczytami wdech zaostrzony, wydech słyszalny. Chory otrzymał 7 wstrzykiwań, innych leków wcale nie podawano.

II. Piotr Blok, l 44 liczący, wyrobnik. Od kilku lat chory. W czasie tym kilka razy był w szpitalu. Obecnie powraca w stanie nadzwyczajnie groźnym. Wyniszczenie najwyższego stopnia. C. 39·7. Tętno 134. Bezdech nieustanny. Na twarzy i błonach śluzowych znaczna sinica a kaszel bezustanny kurczowy trapi chorego dniem i nocą. Poty bardzo obfite. Z przodu stłumienie po stronie lewêj od szczytu do stłumienia serca, po prawêj do II żebra. Od tyłu po prawêj do kąta łopatki po lewêj od szczytu do dołu odgłos wypukowy stłumiony. Nad całą klatką piersiową rzężenia średnio i grubo-bańkowe, dźwięczne

nad szczytami i po stronie lewéj. Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum in stadio valde progresso, destructio totius pulmonis sin.* Ilość plwocin bardzo znaczna, przeważnie śluzowo-ropna w dużych płatach.

| Dzień | | Ciepłota | |
|---|---|---|---|
| | | R. | W. |
| 19/IX | Kaszel prawie ciągły, duszność bardzo znaczna, | 38 | 38·5 |
| 20 | Tętno 120—136. Słabe. Plwocin ilość bardzo znaczna | 38·2 | 38·4 |
| 21 | Zastrzyknięto 0·015 kr. obustronnie w szczyty od tyłu . . . . . . . . . . . . . . . . I × | 38·4 | 39·7 |
| 22 | Kaszel zmalał, poty również mniejsze; oddechy lżejsze | 38 | 38 |
| 23 | Plwocin mniejsza ilość – kaszel przeważnie tylko rano | 37·8 | 38 |
| 24 | Obustronnie po 0·015 kr. w II międzyżebrze z przodu II × | 37·3 | 37·7 |
| 25 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37 | 37·2 |
| 26 | 0·025 obustronnie w szczyty od tyłu . . . III × | 37 | 37 |
| 27<br>28<br>29 | Kaszel znacznie zmalał. Nad klatką piersiową utrzymują się rzężenia, stan jednak sił chorego znacznie się poprawił, potów nie miewa wcale, plwocin śluzowych ilość nieznaczna . . . . . . . . | 37 | 37 |
| 30 | Obustronnie w II od przodu po 0·015 kr. . IV × | 37 | 37 |
| 3/X | | | |
| 6 | | | |
| 10 | | | |
| 14 | | | |
| 16 | Od tyłu w szczyty obustronnie po 0·015 kr. . V × | 37 | 37 |
| 17 | | | |
| 19 | Po stronie lewej w VII międzyżebrzu linii pachowej i w szczyt lewy po 0·025 kr. VI . . . . . . | 37 | 37 |
| 21 | Kaszel ustąpił zupełnie – plwocin prawie wcale nie ma. Ciepłota stale prawidłowa, chory czuje się zdrowym zupełnie. Stłumienie pozostało nad płu- | | |
| 29 | cem lewém do III z przodu od tyłu prawie cała strona lewa. Ilość rzężeń znacznie mniejsza. Stan sił chorego o tyle się poprawił, że już 1/XI mógł | | |
| 1/XI | szpital opuścić. | | |

Żyjąc po za obrębem szpitala jako biedny wyrobnik, wkrótce bo już w dwa tygodnie po wyjściu, doznał znacznego pogorszenia i powrócił dnia 16 Listopada b. r. na oddział ze znaczną dusznością, ciągłym kaszlem i gorączką.

III.

| Dzień | | Ciepłota | |
|---|---|---|---|
| | | R. | W. |
| 16 | Duszność bardzo znaczna, chory ciągle siedzi, sińce | 38 | 38·9 |
| 17 | na twarzy, oddechy nasilone, kaszel ciągły . . | 38·2 | 38·7 |
| 18 | Zastrzyknięto obustronnie 0·015 w II międzyżebrze z przodu . . . . . . . . . . . . . . . I × | 38 | 37·8 |
| 19 | W półgodziny kaszel ustąpił prawie zupełnie . . | 37·3 | 37·7 |
| 20 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37 | 38 |
| 21 | Obustronnie po 0·015 od tyłu w szczyty . . II × | 37·5 | 38·4 |
| 23 | Kaszlu nie ma i ciepłota opada . . . . . . . | 37 | 37·4 |
| 25 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 37 | 37·2 |
| 27 | Obustronnie w szczyty od tyłu 0·025 kr. . . III × | 37 | 37·3 |
| 29 | Odżywienie chorego ciągle się poprawia . . . | 37 | 37 |
| 1 | Obustronnie w szczyty od tyłu 0·01 kr. . . IV × | 37 | 37 |
| 3<br>5 | Plwocin, kaszlu zupełnie nie ma, to samo tyczy się potów . . . . . . . . . . . . . . . . . | | |
| 7 | Obustronnie z przodu w II międzyżebrze po 0·025 kr. | 37 | 37 |
| 12 | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . V × | | |
| 14 | Obustronnie w szczyty od tyłu po 0·015 kr. . VI × | 37 | 37 |
| 16 | Nad klatką piersiową z przodu tylko szmery zaostrzone i świsty wysłuchać można — od tyłu w szczytach dech i wydech oskrzelowy, po kaszlu drobne rzężenia — w dole rzężeń nie ma wcale. Chory w takim stanie zdrowia, że znowu sam | | |
| 20/XII | wyjść może. W ogóle otrzymał 12 wstrzykiwań. | | |

IV. J. Kubicki, l. 23 liczący, czel. stolarski. Chory od roku. Skarży się na kaszel, krwioplucie często się powtarzające i poty nocne. Stłumienie z przodu obustronnie do II żebra, od tyłu po lewéj do grzebienia łopatki, po prawéj stronie od szczytu do dołu. W obydwóch szczytach rzężenia drobno-bańkowe dźwięczne obok wdechu i wydechu oskrzelowego. Po stronie prawéj w dole szmery oddechowe znacznie osłabione. Na twarzy nieznaczna sinica; odżywienie mierne. Kaszel ciągły, plwocin ilość znaczna, w pierwszych dniach po przybyciu chorego krwią ubarwione. Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum, Exsudatum pleur. serosum dextrum.* Ciepłota od 11/IX do 21/IX stale ponad 38. (Dok. nast.).

## III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza.

## O cięciu cesarskiém
### wykonaném na karlicy według metody Porry.

Podał
Dr. Stanisław Braun,
Iszy asystent téjże kliniki.
(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Trzecia metoda jestto cięcie cesarskie modyfikowane lub zachowawcze *(Conservativer Kaiserschnitt)*, podane przez Saengera w Lipsku. Już przed Saengerem pracowało wielu, aby jamę macicy oddzielić od jamy otrzewnéj i w tym celu podawano najrozmaitsze sposoby, z których tylko najważniejsze pozwolimy sobie przytoczyć. W r. 1854 Piloze w Rouen i E. Martin wystąpili z projektem, aby zespoić ranę macicy z brzegami rany brzusznéj, wychodząc z doświadczenia, że w przypadkach cięcia cesarskiego według metody staréj, pomyślnie zakończonych, wyleczenie następowało dla tego, że się zrastała otrzewna przedniéj ściany macicy z przednią ścianą brzuszną. Zabezpieczenie atoli jamy otrzewnowéj w ten sposób okazało się niedostateczne, bo rana macicy oddalała się od powłok brzusznych i rozwierała bez względu, czy szwy były założone silnie, czy nie. Frank zaś radził zespoić więzadła okrągłe w górnéj ich części ze sobą, w dolnéj zaś z powłokami brzusznemi, następnie zeszyć ranę brzuszną, pozostawiając w dole mały otworek dla przeprowadzenia sączka do jamy macicy; w razie pomyślnego wyniku z tego zabiegu pozostawała szeroka blizna między macicą a powłokami brzusznemi, co nie tylko przeszkadzało powiększaniu się macicy podczas następnéj ciąży, ale usposabiało bardzo łatwo do pęknięcia macicy. Inni autorowie przyszli na myśl, aby zespoić szwami brzegi rany w macicy, a pierwszym, który to radził, był Lauvejat w r. 1733, Lebas zaś pierwszy spróbował szwów w praktyce w 1769 r.

Późniéj radził Spiegelberg zakładać szwy głębokie i płytkie, ale i ten szew okazał się niedostatecznym, bo każdy szew zwolniał z powodu zmieniającéj się wielkości macicy, lub przecinał stłuszczone, a więc kruche ściany macicy, przez co krew dostawała się między brzegi rany, utrudniając rychłozrost tejże. Ztąd zaczęto szukać przyczyny nieudania się szwu w materyjale i podczas gdy jedni radzili użyć jedwabiu, inni, jak Veit, katgutu, to reszta używała ligatur elastycznych powleczonych jedwabiem. Pomimoto rychłozrost należał do rzadkości. W nowszych dopiero czasach zrobiono w tym przedmiocie krok naprzód, skoro zaczęto naśladować szew jelitowy Czernego, a tu największe zasługi położyli Saenger i Kehrer, podając t. zw. podwójny szew macicy, to jest łączący naprzód warstwę mięsną, a potém warstwę otrzewnową. Saenger poszedł nadto daléj, bo dla lepszego zespojenia otrzewny i na szerszéj przestrzeni wycinał z obu stron rany paski warstwy mięsnéj, zespajał ją szwami węzełkowemi, następnie zawija warstwę otrzewnową ku wewnątrz i zespaja ją szwem również węzełkowym. Wykonywając zatém cięcie cesarskie metodą Saengera postępuje się tak: Po rozcięciu powłok brzusznych należy wydobyć macicę na zewnątrz, następnie według rady Müllera zakłada się na część nadpochwową szyjki podwiązkę elastyczną dla wstrzymania krwotoku, poczém przecina się macicę w linii środkowéj; wydobywamy płód i popłód, a zeskrobawszy doczesną posypuje się jamę macicy jodoformem i zakłada szew powyżéj opisany, poczém zapuszcza się macicę do jamy brzusznéj zdjąwszy poprzednio podwiązkę i zaszywa po dokładnéj toalecie jamy otrzewnowéj ranę brzuszną.

W przypadkach, gdzie brzegi otrzewny schodzą się ze sobą dokładnie, zespaja się ją bez poprzedniéj resekcyi mięśnia macicy. Jak dotąd postępowanie to uwieńczone zostało pomyślnemi wynikami i zdaje się, że z czasem będzie ta metoda stósowaną może we wszystkich przypadkach. W naszym przypadku dokonaliśmy cięcia według metody Porry, a w jaki sposób, to niech wolno mi będzie obecnie przedstawić.

Przystąpiono najpierw do przygotowań do operacyi, a te polegały na podawaniu ciężarnéj środków, czyszczących, jak lawatywy, olejku rącznikowego, stósowanie kąpieli pełnych i nasiadowych dla dokładnego oczyszczenia całego ciała, a przedewszystkiém brzucha i sromu; na obmyciu sali operacyjnéj i sprzętów tam się znajdujących 5% kw. karbolowym, dokładném oczyszczeniu i wygotowaniu w 5% kw. karbolowym narzędzi potrzebnych do operacyi. Do mycia rąk asystujących i operatora użyto sublimatu 1 : 2000 lub 5% kw. karbolowego. Do okrycia pola operacyjnego przygotowano kompresy, które leżały od 2 miesięcy w 5% kw. karbolowym. Do oczyszczenia rany zewnętrznéj przysposobiono waciki z waty drzewnéj sublimatowéj, które leżały od 1½ miesiąca w 5% kw. karbolowym, a zanurzone podczas operacyi w 3% ciepłym kw. borowym. Ponieważ stwierdzono wypchnięcie na bok i ugniecenie tchawicy, przygotowano się do jéj rozcięcia.

Kiedy dnia 30 listopada po południu zaczęła się ciężarna żalić na bole w krzyżach i dolnéj połowie brzucha, a badanie wykazało rozpoczętą czynność porodową, przystąpiono o godz. 6téj wieczorem w obecności licznego grona lekarzy i słuchaczy do operacyi. Dzięki łaskawemu pozwoleniu obecnego profesora Madurowicza i przy asystencyi Doktorów M. Cerchy, A. Bosowskiego, A. Bukowskiego, R. Sondermayera i K. Piątkiewicza rozpocząłem operacyję po dokładném zachloroformowaniu, odprowadzeniu moczu cewnikiem elastycznym, owinięciu odnóg dolnych dobrze ogrzanemi prześcieradłami i obmyciu całego brzucha kompresem zamaczanym w ciepłym sublimacie w rozczynie 1 : 2000 od rozcięcia powłok brzusznych w linii środkowéj cięciem około 35 cm. długiém. Powłoki te okazały się tak cienkie, że wkrótce otworzono jamę otrzewnową; w ranie brzusznéj okazała się macica jako guz siny, gładki, połyskujący z żyłami na powierzchni mocno rozszerzonemi, poczém wydobyto macicę zupełnie przed powłoki brzuszne, które w górnéj połowie za macicą dla powstrzymania wypadających jelit i sieci zespojono trzema szwami jedwabnemi tymczasowemi. Na część nadpochwową macicy założono podwiązkę elastyczną i po obłożeniu macicy w dole ciepłemi kompresami, rozcięto szybko nożykiem gałkowatym w linii środkowéj przednią ścianę macicy od dna aż na 2 palce powyżéj podwiązki, przyczém stwierdzono, że na przedniéj ścianie w miejscu przecięcia przyczepione jest w części łożysko. Część tę odklejono ręką, przebito pęcherz płodowy, a ponieważ pośladki znajdowały się w dnie macicy, uchwycono za nie i wydobyto na zewnątrz płód płci męskiéj lekko omdlały, który zaraz ocucono. Po odcięciu płodu wydobyto łożysko i błony w całości, poczém macica przedtém w ścianach cienka skurczyła się dobrze. Dzięki podwiązce krwotok był nieznaczny. Po usunięciu kompresów przesiąkłych wodą płodową, z któréj nic nie dostało się do jamy brzusznéj, przystąpiono do odcięcia macicy.

Po podwiązaniu grubym jedwabiem po obu stronach więzadeł szerokich poniżéj trąbek i jajników aż do ujścia wewnętrznego macicy, odcięto macicę na 3 palce powyżéj podwiązki, tworząc z pozostałego kikuta klin, którego brzegi zespojono po dokładném oczyszczeniu 5% kw. karbolowym i przyżeganiu termokauterem Paquelina czteropiętrowym szwem ciągłym z katgutu chromowego w kierunku prostym wchodu miednicy. Szypułę po zwolnieniu podwiązki, nigdzie niekrwawiącą, posypano jodoformem i zapuszczono do jamy brzusznéj, którą oczyszczoną dokładnie gąbkami zamaczanemi w 3% ciepłym kw. borowym, zamknięto zespoiwszy otrzewnę szwem katgutowym ciągłym, warstwę mięsną ze skórą 6ma szwami jedwabnemi głębokiemi, skórę zaś powierzchownym szwem kuśnierskim jedwabnym; na to założono opatrunek z gazy jodoformowéj 30%, zamaczanéj w 5% kw. karbolowym, waty karbolizowanéj i uciskowéj opaski flanelowéj. Chora znosiła uśpienie bardzo dobrze, tętno było spokojne (80 uderzeń na minutę) oddech nieco utrudniony, nudności atoli ani wymiotów nie było. Operacyja w całości trwała 1½ godziny, od rozcięcia jamy brzusznéj do wyjęcia popłodu 20 minut. Po operacyi umieszczono chorą w pokoju dobrze ogrzanym, obłożywszy nogi kamionkami napełnionemi wodą ciepłą.

Przebieg po operacyi nie pozostawiał również nic do życzenia. Ciepłota ciała aż do wyjścia choréj utrzymywała się między 37°—37·5° C., tętno spokojne wahało się między 84—96 na minutę, nudności i wymioty nie wystąpiły ani razu; chora nie żaliła się na żadne bole, brzuch po dwóch dniach znacznie opadł i był przez cały czas miękki i niebolesny.

Mocz odprowadzano cewnikiem przez pierwsze cztery dni, późniéj chora oddawała mocz sama, wiatry odeszły już w 16 godzin po operacyi, stolec zaś pierwszy wystąpił po podaniu olejku rącznikowego dnia piątego i odtąd miewała chora stolce codzień dobrowolnie. Leczenie polegalo na podaniu przez pierwsze dni po operacyi nastoju makowcowego pod wieczór i na zmianie opatrunku. Pierwszy raz zmieniono opatrunek dnia ósmego po operacyi, przyczém odjęto szwy głębokie i znaleziono brzegi rany dobrze zespojone, miękkie, niebolesne, niezaczerwienione. Po raz drugi zmieniono w 16 dniu po operacyi i wyjęto szwy powierzchowne jedwabne, aby zaś zapobiedz rozciągnięciu się blizny w miejscu rany, założono kilka pasków przylepca i pozostawiono je aż do dnia 20go po operacyi, poczém założono opaskę brzuszną. Co do pożywienia, podawano przez pierwsze dni rosół, bulion, a od dnia piątego jaja na miękko i winną zupę, a od dnia ósmego dostawała chora mięso. Ponieważ matka była mocno osłabiona i dotknięta naciekiem w szczytach pluc, oddano dziecko do karmienia innéj kobiecie, piersi zaś brzęknące i wydzielające pokarm zabandażowano, po siedmiu dniach zdjęto opaskę i znaleziono piersi miękkie i niebolesne. Wymiary dziecka były następujące: Długość ciała wynosiła 50 cm., ciężar ciała 2·800 gr., wymiar prosty główki 12 cm., wymiar ukośny większy 13 cm., wymiar poprzeczny większy 9½ cm. Obwód główki w wymiarze prostym 34 cm. Wynikałoby ztąd, że płód co do rozwoju odpowiada 9 miesiącom ciąży. Dziecko to oddano w 3 tygodnie po porodzie zupełnie zdrowe na wychowanie na wieś. Matka, któréj odżywienie znacznie się polepszyło, opuściła klinikę wyleczona dnia 4 stycznia 1888 r.

---

**IV. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.**

## Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

*B.)* O zmianach zapalnych w wątrobie, wywołanych w skutek niedrożności większych przewodów żółciowych. *(Cirrhosis biliaris).*

Dokładny obraz historyczny nauki o téj chorobie po-

daje nam praca Mangelsdorfa [1]), w której znajduje się dokładna literatura dotycząca téj postaci marskości. Autor wymieniony oceniając krytycznie znane dotąd w literaturze przypadki, przychodzi do wniosku, że podział zapaleń śródmiąższowych wątroby na podstawie patologiczno-anatomicznéj nie jest wcale usprawiedliwionym. Charcot i Gombault [2]) byli pierwszymi, którzy dokładnie opisali zmiany, jakie występują w miąższu wątrobowym po podwiązaniu przewodu żółciowego i tym autorom głównie zawdzięczamy oddzielenie marskości żółciowéj od innych postaci zapalenia śródmiąższowego. Przyczyną zmian zapalnych ma być według nich zastoina żółci w małych przewodach żółciowych a następstwem tego t. z. *angiocholitis* i *periangiocholitis*. Marskość żółciowa ma to wspólnego z przerostową, że rozpoczyna się wysepkowato i jest jednozrazikową (*insularis* i *monolobularis*) a jest zarazem około i wśródzrazikową. Według Charcota i Gombaulta marskość przerostowa polega na t. z. *angio-* i *periangiocholitis*. Doświadczenia z podwiązaniem przewodu żółciowego wykonywało potém wielu innych autorów. Zmiany mikroskopowe jednak w wątrobie opisują różni autorowie w sposób różny. Między innemi z doświadczeń wykonanych pod kierunkiem Thierfeldera przez Bauera [3]) wynikałoby, że po podwiązaniu przewodu żółciowego bujanie tkanki łącznéj bywa już to jednozrazikowe już to wyraźnie wielozrazikowe, już to dalej wśród i okołozrazikowe, albo tylko okołozrazikowe (*intra et extralobularis*). W każdym razie nie okazała się stałą żadna z tych cech. Objętość narządu w przypadkach zebranych przez Mangelsdorfa była już to zwiększoną już to zmniejszoną. Już to nasuwa pewne wątpliwości, czy marskość żółciowa jest przerostową (Charcot). Mimo tych różnic w zapatrywaniach co do sposobu bujania tkanki łącznéj w marskości żółciowéj, według wszystkich autorów siedzibą jéj jest tkanka łączna okołożylna. Na zasadzie swoich doświadczeń Belousov [4]) do zupełnie innych doszedł rezultatów. Doświadczenia tego autora obejmują dosyć znaczną liczbę świnek morskich i królików (80). Maximum czasu, przez jaki zwierzęta utrzymane jeszcze zostały przy życiu, wynosił u Belousova 18 dni. Powiększenie narządu nie było nigdy znaczniejsze a powierzchnia zwykle gładką, miąższ zawsze silnie zółtaczkowo zabarwiony. Z licznych tych doświadczeń okazało się, że około małych przewodów żółciowych międzyzrazikowych powstają mniej lub więcéj rozległe ogniska nekrotyczne i z tychto ognisk w skutek zapalenia na ich obwodzie powstaje marskość żółciowa. Przyczyną nekrotycznych ognisk mają być wybroczyny żółci w skutek pęknięcia mniejszych przewodów i ucisk komórek wątrobowych przez rozszerzone naczynia żółciowe włosowate. Ponieważ owe ogniska nekrotyczne rozproszone były bez żadnego prawidła wśród miąższu wątrobowego, dla tego też i bujanie tkanki łącznéj, jako ich następstwo, było bez żadnego prawidła. Belousov zatem pozostaje ze swemi doświadczeniami w sprzeczności z innymi autorami, szczególniej zaś z Charcotem i Gombaultem. Przedewszystkiem zaś teoryja jego nie zgadza się z tém, co u ludzi nazywamy marskością żółciową. Doświadczenia te spotkać musi słusznie bardzo ważny zarzut, że nie obejmują zwierząt, któreby dłużéj nad 18 dni po operacyi żyły. Aby bliżéj ocenić rezultaty, jakie otrzymał w swoich doświadczeniach Belousov, nie pozostawało mi nic innego, jak powtórzyć takowe.

Podwiązania przewodu żółciowego wykonałem na 14 zwierzętach (10 królików i 4 psy). Zadziwiającą jest rzeczą, iż mimo tej małéj liczby doświadczeń jeden z królików operowanych żył 22 dni po operacyi, a jeden aż 35 dni.

Co do strony technicznéj, to okazało mi się praktyczniejszém otwieranie jamy brzusznéj nie w linii białéj, jak to Belousov radzi, lecz w odległości około 2 cm. na prawo od tejże. Cięcie to odpowiada więcéj położeniu przewodu żółciowego, dla tego też wydobycie górnego końca dwunastnicy i wyszukanie tego przewodu w więzadle wątrobowo-dwunastnicowym jest łatwiejsze. Przewód podwiązywałem w 2 miejscach, mianowicie: tuż około kiszki i w odległości około 1 cm. od tejże. Pomiędzy obu podwiązkami przecinałem przewód. U psów trudno było przyjść do jakich pewniejszych wyników, z tego powodu, że w skutek zapalenia otrzewny i zropienia końca dośrodkowego podwiązanego przewodu żółć wylewała się do jamy brzusznéj. Natomiast u królików, jeżeli w ogóle operacyję zniosły i w kilka godzin nie zdechły, nie zdarzały się żadne powikłania w leczeniu rany i żyły od 5—20 dni, a jeden nawet aż 35 dni. Mimo że jadły chętnie (owies, trawę, kapustę), wychudnienie wzmagało się coraz więcéj i ginęły w stanie ogólnego wyniszczenia.

W następującym opisie przedstawię zmiany patologiczno-anatomiczne tylko u tych królików, u których z tych zmian można wnosić o całéj sprawie zapalnéj, jéj rozwoju i punkcie wyjścia.

Doświadczenie nr. 18.[1]) U młodego królika podwiązano powyżéj podanym sposobem przewód żółciowy. Zdechł w 5 godzin po operacyi. Na powierzchni wątroby jakoteż przekroju znajdują się liczne plamy barwy ceglastéj, okrągłe lub wieloboczne, albo w inny sposób nieregularne, ostro odgraniczone, wielkości główki od szpilki aż do siemienia, inne zaledwie spostrzegalne. W przewodach żółciowych poza podwiązką i w woreczku żółciowym znajduje się żółć prawidłowéj zbitości i barwy. Na preparatach już to świeżych, już to stwardniałych (rozczyn Müllera, potem alkohol lub tylko alkohol) znajdujemy następujące zmiany histologiczne. Po całym miąższu wątrobowym znajdują się liczne ogniska, w których komórki wątrobowe uderzająco różnią się od otaczających prawidłowych. Najmniejsze z tych ognisk zaledwie mikroskopowo spostrzegalne charakteryzują się tem, że protoplasmat komórek wątrobowych spłynął w jedną masę słabiéj się barwiącą a przestwory włosowate zupełnie się stały niewidoczne. Jądra komórek są jeszcze niezmienione i jak inne zabarwione, wskazują przebieg dawniejszych beleczek wątrobowych. Ułożenie tych jąder wskazuje, że komórki wątrobowe w tych miejscach zachowały swoje dawne położenie. Na nieco większych ogniskach w środkowych częściach pierwoszcze komórek wątrobowych tylko słabo albo wcale niezabarwione (hematoksylin, karmin), komórki wątrobowe obrzmiałe, niektóre z nich przemienione w masę przezroczystą bezbarwną z nielicznemi ciemnemi ziarnkami i jądrem w środku tej masy szklistéj. Kontury tak zmienionych komórek są wyraźne i tworzą delikatną siatkę o oczkach regularnych wielobocznych, w większych jednak niżby to odpowiadało ko-

[1]) *Uiber biliöse Lebercirrhose. Deutsches Archiv für klinische Medicin.* XXXI. S. 522. — [2]) *Note sur les altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque. Archiv. de physiologie.* 1876. S. 272. — [3]) *Mangelsdorf l. c.* pag. 527. — [4]) *Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmakologie.* Tom XIV. 1881. pag. 200. —

[1]) Cyfra ta i następna odnoszą się do całego szeregu moich doświadczeń w zakresie eksperymentalnéj marskości. Tylko część tych doświadczeń ma związek z pracą niniejszą.

mórce wątrobowéj. Jądra komórek w oczkach téj siatki — często po dwa — okazują różne stopnie zaniku, poczynając od lekkiego skurczenia i nierówności konturów aż do zupełnego rozpadu. W ogniskach jeszcze większych komórki wątrobowe są przemienione w ową siatkę, bez żadnego śladu jąder, ku obwodowi w oczkach siatki występują już jądra a na obwodzie samym znajduje się warstwa komórek uciśniętych ze zwężonemi lub niewidocznemi naczyniami włosowatemi i pierwoszczem zlaném w jednę masę. W tych to większych ogniskach spotkać można naczynie nawet większego kalibru i przewód żółciowy. Ściany tych ostatnich są przemienione w masę szklistą, słabo się barwiącą, bez żadnego śladu jąder, krew w naczyniach rozpadła w drobnoziarnistą miazgę, podobnie najczęściéj i przybłonki przewodów, są one jednak niekiedy wśród tych ognisk mimo szklisto przemienionéj ściany zupełnie prawidłowe. Składników żółci w tych miejscach tak znacznie zmienionych, mianowicie barwiku krystalicznego, nigdzie nie widać. Co do lokalizacyi tych ognisk, to często zauważyć można w ich obrębie przewód żółciowy, niekiedy przylegają do ściany naczynia krwionośnego żyły brzusznéj lub też wreszcie w ich obrębie znajdują się żyłki środkowe. W otoczeniu tych ognisk nie widać nigdzie ani rozszerzenia naczyń włosowatych ani znaczniejszego nagromadzenia leukocytów.

Doświadczenie 20. Królik dorosły, zdechł w 8 godzin po operacyi. Wśród miąższu znajdujemy ogniska bardzo podobne do królika poprzedniego, lecz są one daleko mniejsze, mniéj liczne a więcéj nieregularne. Równie częste są wybroczyny. Owe ogniska z przemianą siatkowato szklistą komórek wątrobowych mają oczka mniéj regularne lub też obok siatki regularnéj znajdują się tuż oczka różnéj wielkości. We większych oczkach często spotykałem odbarwione ciałka krwi czerwone, gęsto obok siebie ułożone. Komórki otaczające wybroczyny okazywały często przemianę siatkowato szklistą. W przestworach międzyzrazikowych około naczyń i przewodów nieznaczny naciek drobnokomórkowy Przybłonki kanalików niekiedy złuszczone lub rozpadłe w drobnolekularną miazgę, wypełniającą większą część światła.

Doświadczenie 7. Królik zdechł dnia 12 po podwiązaniu. Żółtaczka znaczna. Wszystkie przewody żółciowe tak po za jako też i śródwątrobowe są po za podwiązką znacznie porozszerzane i wypełnione blado zielonawą żółcią; pomięszaną z śluzem. Wątroba zdaje się nieco zwiększona, powierzchnia jéj gładka, barwy oliwkozielonawéj, p o d o b n i e  j a k  powierzchnia p r z e k r o j u. B a d a n i e  m i k r o s k o p o w e. Większe przewody żółciowe są znacznie porozszerzane, ściany ich stosownie do rozszerzenia znacznie zgrubiałe. Na około nich znajduje się dosyć szeroka warstwa zbitych, zgniecionych komórek wątrobowych z niewidzialnemi naczyniami włosowatemi. Komórki składające tę warstwę okazują różne stopnie rozkładu i nasięku ziarnistym barwikiem żółci. Przybłonki tych rozszerzonych przewodów rozpadłe w miazgę, pokrywające częściowo ściany lub też leżące wolno w świetle. Średnie przewody żółciowe już nie są porozszerzane, przybłonki ich są dobrze zachowane a w świetle często krystaliczny bilirubin. Im więcéj zbliżamy się do ostatnich rozgałęzień żyły bramnéj i jéj satelitów tém szerszą jest pochewka Glissona, tak że przestwory międzyzrazikowe przedstawiają się jako mniejsze lub większe wyspy z tkanki łącznéj, w których znajduje się mnóstwo pseudokanalików, że zakrywają inne składniki. Przestwory te w ogóle składają się ze samych komórek przybłonkowych, wrzecionowatych i okrągłych i delikatnych pasm tkanki łącznéj. Komórki o jądrach typu przybłonkowego leżą już to bez ładu, już to ułożone w grupy lub szeregi, przypominając przewody gruczołowe, światła w nich nie widać żadnego. Przestwory międzyzrazikowe, zawierające tak różnorodne składniki komórkowe, już gołém okiem są bardzo dobrze widzialne, bo zabarwienie ich jest daleko silniejsze niż otaczającego miąższu. I tutaj z całą dokładnością można widzieć przemianę beleczek wątrobowych w komórki przebłonkowe, z których się składają pseudokanaliki. Komórki wątrobowe, graniczące z przestworami nie okazują nam ani śladu rozpadu, przeciwnie jądra ich są wielkie i zawierają więcéj istoty chromatycznéj. Ściany naczyń bramnych przechodzą bez wyraźnéj granicy w tkankę łączną otaczającą. Rozgałęzienia żyły wątrobowéj są bez zmian, tylko na około niektórych żyłek środkowych znajduje się grupa większa lub mniejsza komórek przybłonkowych, ułożonych w delikatnéj siatce tkanki łącznéj. Ponieważ kierunek beleczek wątrobowych przylegających do takiéj gromadki komórek przybłonkowych nie jest zmieniony, wnosić ztąd można, że tu nastąpiło zastąpienie komórek wątrobowych przez te komórki przybłonkowe. W ogólności przestwory międzyzrazikowe mają po 2, 3 i 4 wypustki, które są zwykle krótkie, kończą się ślepo między zrazikami lub wnikają w sam zrazik. Niektóre z nich są już silniejsze i dłuższe, i łączą się ze sąsiedniemi z innych przestworów ku nim dążącemi, okalając tym sposobem pewną część obwodu zrazików. Zmiany te znajdowały się we wszystkich przestworach międzyzrazikowych, wśród samych zrazików, mianowicie tylko niektórych znajdują się ogniska, w których pewna część komórek przemieniła się w jednostajne, błyszczące, drobnoziarniste, wieloboczne bryłki bez jąder lub w masy przeźroczyste, bezbarwne z ziarnkami brunatnego barwika. W otoczeniu tych ognisk, zwykle okrągławych, nie widać żadnego oddziaływania zapalnego. Ułożenie ich odpowiada najczęściéj środkowym warstwom zrazika. Nie są one w żadnym związku ani z naczyniami, ani w ogóle z rozszerzonemi przestworami międzyzrazikowemi. Na preparatach stwardniałych w rozczynie Müllera można było zauważyć przy słabém powiększeniu, że barwik, którego w ogóle znajduje się w komórkach wątrobowych znaczna ilość, znajdował się głównie i w największéj ilości w obwodowych częściach zrazików i tworzył jasno żółtawe koliste smugi, które stanowiły niejako dalszy ciąg krótkich wypustek, wychodzących z przestworu międzyzrazikowego. (C. d. n.).

## V. Oceny i sprawozdania.

### Farmakologija.

K o b e r t: **O działaniu chlorowodanu hyoscynu.**

1. Hyoscyn poraża u zwierząt zimno- i ciepłokrwistych przyrząd tamujący w sercu, tak samo jak atropin.

2. U zwierząt zimno- i ciepłokrwistych rozszerza naczynia podobnie jak atropin.

3. Nie wpływa wcale na ośrodek naczynioruchowy, podczas gdy atropin w wielkich dawkach takowy poraża.

4. Na częstość tętna u ludzi zdrowych nie wywiera hyoscyn wybitnego wpływu, podczas gdy u zwierząt wywołuje on zwiększenie częstości tętna.

5. Wpływ na respiracyję u zwierząt jest nieznaczny, u ludzi zaś nie spostrzegał autor żadnego wpływu.

6. Wydzielanie śliny zostaje po zastósowaniu hyoscynu zmniejszone, tak samo i wydzielanie potu; kilka doświad-

czeń zrobionych u ludzi cierpiących gruźlicę wykazało, że po 0,5—1,0 mg. hyoscynu wydzielanie potu bardziéj zostaje zmniejszone, aniżeli po zastósowaniu atropinu.

7. Hyoscyn poraża te przyrządy ruchowe w jelitach, które po podaniu muskarynu, pilokarpinu i nikotynu podrażnione zostają.

8. U ludzi działa rozczyn hyoscynu (1—1000) szybciéj i silniéj na źrenicę i akomodacyję, aniżeli atropin w rozczynie (½—100); działanie nie jest jednak długie i może być łatwo zniesione ezerynem. Zdaje się, że przetwór ten jest wskazanym wtedy, jeżeli atropin nawet w większych dawkach działa niedostatecznie. Także i u zwierząt występuje rozszerzenie źrenicy.

9. Na rdzeń pacierzowy hyoscyn nie działa.

10. Podczas gdy atropin zwiększa pobudliwość mózgu u zwierząt, to działania takiego po hyoscynie spostrzegać nie można. U ludzi zdrowych działa hyoscyn podobnie jak każdy słaby środek narkotyczny. W klinice psychijatrycznéj dorpackiéj stósował Lohrt w kilkunastu przypadkach podskórnie *hyoscinum hydrochloricum* w dawce 0,5—1mg. i zawsze sprowadzał sen a nie spostrzegał groźnych objawów ubocznych. Sen występował zawsze w 10—12 minutach po wstrzyknięciu podskórném i trwał 5—8 godzin; niektóre objawy uboczne jak suchość w gardle, halucynacyje słuchu, nie mogły więc chorym długo dokuczać. Hyoscyn podawany został tylko w tych przypadkach, w których inne środki, jak wodnik chloralowy, bromek potasowy, paraldehyd, uretan, jakotéż i hyascyamin w największych dawkach dozwolonych nic nie pomagały.

Według autora może być hyoscyn zastósowanym we wszystkich tych chorobach umysłowych, które przebiegają ze znacznym stanem pobudzenia i szałem. *(Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak.* T. XXII). *Dr. J. Ł.*

**Lissauer: Badanie nad działaniem alkaloidów weratrynowych.**

Pomimo licznych prac farmakologicznych nad weratrynem rezultaty dotychczasowych badań były zmienne, albowiem prace powyższe odnosiły się do weratrynu bezkształtnego, będącego zazwyczaj mięszaniną w różnym stósunku dwóch zasad. W powyższéj pracy spotykamy się z rezultatami badań czystego weratrynu; rezultaty te są następujące:

1. Weratryn poraża przyrząd naczynioruchowy prawdopodobnie i mięśnie naczyń.

2. Zwalnia czynność serca, nie osłabia jéj jednak w dawkach małych.

3. Zwalnia respiracyję, wreszcie poraża ją.

4. Wywołuje ślinotok, wymioty i wypróżnienia stolcowe.

5. W wielkich dawkach wywołuje kurcze z przyczyn ośrodkowych.

6. Sprowadza zmiany w ciepłocie, które jednak najprawdopodobniéj są następstwem zmian w punkcie 1m i 5m wymienionych.

7. Działa obwodowo na mięśnie (co z prac dotychczasowych jest dostatecznie znane). *(Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.* T. XXIII). *Dr. J. Ł.*

β. **Nitrogliceryna w bólu głowy.** Trusewicz opierając się na znacznéj liczbie obserwowanych przypadków poleca nitroglicerynę (czyli jak ją proponuje nazwać *Angioneurosins* lub aneurosinę) w każdéj formie bólu głowy, który uważać można za nerwicę polegającą na zwężeniu naczyń (*Angioneurosis*), mianowicie w pierwszych 3ch dniach trzy razy na dzień po kropli, następnie co 3 dni o kroplę więcéj. Prócz tego środka, który ma działać przeciw napadom, oraz dla utrzymania rozszerzenia naczyń, podaje autor jeszcze środki skrzepiające, jak żelazo, arszenik, chinin, w małych dawkach. W bólach głowy występujących napadowo, a którym towarzyszy mniejszy lub większy stopień bladości, najlepiéj działa nitrogliceryna; mniéj skuteczną jest ona w bólach nerwowych pochodzących z przekrwienia, gdzie działa tylko pośrednio; bezwarunkowo zaś jest szkodliwą w stanie zadawnionego biernego przekrwienia mózgu. (*Deutsche Medizinal Ztg.*).

β. **Nadużycie paraldehydu z następowym obłędem** obserwował prof. Krafft-Ebing. Podczas kiedy zwykłe jego dawki 4·0—6·0) nawet przy dłuższém używaniu dobrze znoszą chorzy, wyższe są bezwarunkowo szkodliwe. Jeden z chorych autora używał z powodu niemocy nerwowéj i bezsenności dziennie 35 0gr. paraldehydu dłużéj niż przez rok. Skutki były zupełnie podobne, jak w zatruciu przewlekłém wyskokowém. W drugim przypadku używała dotycząca 27-letnia osoba dłuższy czas dziennie mniéj lub więcéj 40grm. paraldehydu, w końcu nawet w stanie nierozcieńczonym, popijając go wodą. Pomimo ostrożnego i stopniowego usunięcia środka powyższego wystąpił w niéj obłęd w postaci napadów zbliżonych do padaczki. (*Deutsche Medizinal Zeitung*).

## Medycyna wewnętrzna.

Prof. Virchow: **O rozedmie płuc.**

Dyskusyja, która się niedawno toczyła w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém, odnośnie do tematu o rozedmie płuc, zmusiła prof. Virchowa do ogłoszenia swego zapatrywania na ten stan nieprawidłowy płuc, co do którego, zdaniem V., tyle sprzecznych panuje zdań i niedokładnych pojęć. Rozprawy w tym kierunku, w ostatnich latach ogłaszane, zajmują się więcéj sprawą powstania rozedmy płucnej z najrozmaitszych przyczyn, a mało która zastanawia się nad istotą jéj, co do któréj wreszcie porozumiećby się należało. Nad nią téż V. w swoim wykładzie szczegółowo się zastanawia.

Przedewszystkiem trzeba dokładnie odróżnić płuca uległe rozdęciu (*Aufblähung*, *Ballonnement*) od płuc, które uległy rozedmie (*Emphysema*). Mimo, że drugą odmianę chorobową klasycznie w swojém dziele opisał Laënnec, przecież młodsi mało jego dziełu poświęcają uwagi. Wiadomo, że według Laënneca rozedma pęcherzykowa płuc polega na postępującym zaniku przegród pęcherzykowych; powstają w skutek tego z czasem całe jamy. Jeżeli się użyje sposobu, jakiego użył już Laënnec do demonstracyi płuca z rozdęciem, tj., że się wdmuchuje powietrze do płuca zdrowego i suszy, a następnie suszy także płuca rozedmowe, i obydwa preparaty przekroi, to widać na rozdętém płucu powierzchnię przekroju jednostajną, gąbczastą, bez nierówności, już gołém okiem widać otworki pojedyńczych pęcherzyków, lejków (*infundibula*) i małych oskrzeli, płuco rozedmowe zaś okazuje na przekroju liczne nierówności, pochodzące od ścian otworków większych, znajdujących się między mniejszemi, przez co zaciera się jednostajność gąbczasta. Bliższe badanie wykazuje, że jeden taki większy otworek powstał przez zlanie się kilku pęcherzyków.

Części, które po wyjęciu płuc z klatki piersiowej widzimy wznoszące się nad ich powierzchnią, nie są niemi w rzeczywistości; bo wzniesienie się ich powstało sztucznie po otwarciu klatki piersiowéj, wtedy bowiem powietrze zewnętrzne wypycha powietrze z prawidłowych pęcherzyków elastycznych te się ściągają i zapadają, rozedmą dotknięte zaś części unoszą się nad powierzchnią jak polipy, na dowód, że utraciły elastyczność swoją, dla tego też się nie zapadają. Gdyby tak samo rzecz się miała z powierzchnią płuc w klatce pier-

siowéj, między powierzchnią zapadniętą a ścianą klatki musiałyby być przestwory wolne, a wiadomo dostatecznie, że takie w ustroju nie istnieją i istnieć nie mogą.

Zlanie się pojedyńczych zrazików nie może także nastąpić przez przerwanie pojedyńczych między niemi przegród, lecz tylko przez ich zanik. Za zdaniem V. przemawiają dwie okoliczności, raz, że gdyby miało miejsce przerywanie się ich, mielibyśmy wynaczynienia, powtóre, że sprowadzając przerwanie jednego choćby pęcherzyka przez sztuczne rozdęcie, pęcherzyk ten nie zlewa się ze swoim sąsiadem, lecz powstaje wtedy rozedma międzyzrazikowa (*emphysema interlobulare*).

Z nowszych badaczy miał wywołać Bayer u zwierząt w pół godziny rozedmę pęcherzykową. Rozumie się łatwo, że to jest wprost niemożliwe, jeżeli się uwzględni całą sprawę powstania rozedmy; lata są potrzebne, zanim powstanie widoczny zanik tkaniny płucnéj. Przeciwnie zgadza się V. w znacznéj części z Andralem, uczniem Laënneca, który wprawdzie w ślad za swoim nauczycielem przypuszcza mechaniczny sposób powstawania rozedmy płucnéj, który jednak twierdzi, że w wielu przypadkach koniecznie trzeba przypuścić jakąś zmianę konstytucyjną w tkaninie płucnéj, mającéj swój początek w latach dziecięcych i młodzieńczych. Bliżéj jéj Andral nie określił. Otóż V. znajduje dla jego zdania podstawę anatomiczną, przypuszczając w duchu swojéj teoryi sprawę nekrobijotyczną w tkance płucnéj, podobną, jaką się napotyka u wielu osób w innych tkankach, np. w sieci większéj (*omentum majus*), która niekiedy jest podziurawioną jak sito, lub w oponie twardéj, któréj wyrostek sierpowaty tak samo się niekiedy przedstawia. Ciekawym nadto jest szczegół, że w miejscach płuca rozedmą dotkniętych nie znajduje się nigdy pokładów węgla, płuca w tych miejscach są bielsze, V. nazywa to *per analogiam* stanem bielaczym (*albinistischer Zustand*); łatwo téż tłumaczy przyczynę tego zjawiska. Dotknięci rozedmą płuc cierpieli już za młodu na nieżyty długotrwałe błony śluzowéj oskrzeli. Nieżyty te sprowadziły zgrubienie błony śluzowéj oskrzeli, które znowu nie pozwalały, aby pył węglowy swobodnie przechodził do pęcherzyków i dostawał się do tkaniny międzypęcherzykowéj, lecz pył ten zostawał na błonie śluzowéj saméj i bywał podczas kaszlu wykrztuszany. Zdanie to przemawia i popiera zdanie Andrala i tłumaczy zupełnie, dla czego u osób rozedmą dotkniętych dolne części płuc są białe, górne pylicowe.

Nad wykładem V. rozwinęła się na następném posiedzeniu Tow. lek. berl. żywa dyskusyja. P. Guttmann zauważył, że może należy uważać brak pylicowego zwyrodnienia części rozedmowych płuc za skutek owéj sprawy nekrobijotycznéj, o któréj V. wspomina; więcéj bowiem zdaje się przemawiać do przekonania, że zanik przegród i wydalenie rozpadających się części takowych drogą oskrzeli, jest przyczyną, że barwika nie ma. Za szukaniem przyczyny rozedmy w latach młodszych i konstytucyi przemawia zdaniem G. także częstość, z jaką się rozedmę w rodzinach niektórych stale napotyka. Virchow odpowiadając G. nie zgadza się na jego rozumowania; jak również nie zgadza się na zdanie Sandmanna, który twierdzi, że rozedma płuc może powstać przy zwężeniach dróg oddechowych wysokich; znalezienie w takich razach rozedmy należy do rzadkości, a gdyby dał się wykazać jaki związek, to powinno się na stole sekcyjnym znaleźć całe płuco zajęte rozedmą, co się prawie nigdy nie zdarza. (*Berliner klinische Wochenschrift 1888 Nr. 1* i *3*). *H. K.*

Prof. Kisch (Praga): **O cukrzycy tłuszczorodnéj** *(diabetes lipogenes)*.

Wielu lekarzy dziś jeszcze nie wierzy, że cukrzyca bardzo często nagabuje osoby otyłe a nawet Ewald w *Realencyklopaedie* Eulenburga wymienia otyłość ogólną jako niepewny etyjologiczny moment. Wiadomo, że w moczu otyłych można niekiedy wykazać cukier, mimo że się czują zupełnie zdrowi, ten jednak wkrótce znika i do właściwéj cukrzycy nie przychodzi. Kisch leczył chorych otyłych, u których cukier przez długi czas przemijająco się tylko pokazywał w moczu, a w których z czasem przyszło do stałéj moczówki cukrowéj. Na podstawie licznych swoich spostrzeżeń widzi się zmuszonym do wypowiedzenia zdania, że cukrzyca bardzo często jest następstwem ogólnéj otyłości. Przy téj sposobności podaje K. ciekawy szczegół odnoszący się do dziedziczności cukrzycy; zdaniem jego najczęściéj dziedziczną jest właśnie co opisana jéj postać, tj. tłuszczorodna cukrzyca. Podczas gdy z osób dotkniętych zwykłą postacią otyłości ogólnéj, nabytą, zaledwie 15% dostaje cukrzycy, to z dziedzicznie nią obciążonych dostaje jéj połowa, tj. 50%. Ciekawe pod tym względem stosunki przedstawiają trzy przez niego przez długi czas leczone rodziny: w jednéj z nich wszyscy członkowie dotknięci byli otyłością ogólną, a babka, jedna z trzech jéj córek i jeden z czterech jéj wnuków cierpieli na cukrzycę; w drugiej ojciec, dwóch jego synów i dwóch wnuków cierpiało i na otyłość i następowo na cukrzycę i podobnie rzecz się miała z rodziną trzecią. Obydwie te choroby stara się K. wprowadzić w pewien związek przyczynowy, i przypuszcza, że z jednéj strony wpływa niekorzystnie na spalenie się cukru w ustroju nadmiernie w nim nagromadzony tłuszcz, z drugiéj strony komórki tkankowe już od urodzenia nie posiadają prawidłowéj zdolności utlenienia produktów w ustroju się gromadzących. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1887 Nr. 46). *H. K.*

Prof. Koranyi (Budapeszt): **O zwalniającém zapaleniu płuc.**

We wrześniu 1887 przyjęto na oddział prof. K. 15-letniego chłopca z objawami zimnicy codziennéj. Po dwóch znacznych dawkach chininu choroba ustąpiła i chłopca uleczonego wypuszczono. Po upływie miesiąca zgłosił on się ponownie, a wtedy wykazano zapalenie płuc w dolnym prawym płacie, w ciągu czterech dni naciek zajął całe prawe płuco. Ciekawy był przebieg gorączki, w dniu przybycia bowiem wynosiła ona wieczorem 41° C., nazajutrz 37°, w południe tego samego dnia 41·6°, na trzeci dzień z rana 36, leków przeciwgorączkowych nie poddawano wcale. Dzienne zwolnienia gorączki wynosiły 4—5 stopni. Napady gorączki powtarzały się w następnych dniach codziennie, zaczynały się zawsze od dreszczu, naciek posuwał się szybko ale tylko podczas napadu gorączki, i tylko wtedy utrzymywały się wszystkie znane objawy zapalenia płuc. Skoro tylko gorączka opadła, naciek nie posuwał się. Obok tego utrzymywał się stale znaczny obrzęk śledziony i opryszczki na wargach. Odpowiednio do typu zwalniania zastosowano i leczenie. Podano w dwóch dniach 2·25 chininu, a już po 24 godzinach od zażycia tego leku gorączka ustąpiła, w całém płucu rozpoczęło się rozdzielenie nacieku i obrzęk śledziony zmniejszył się znacznie. Przypadek podobny ogłosił autor już w r. 1881. Jurgensen wątpi, czy naciek zapalny jest taki sam jak w przypadkach zwykłego włóknikowego zapalenia płuc. K. przechodząc w końcu literaturę najnowszą tyczącą się badań bakteryjologicznych odnoszących się do zapalenia płuc nie wie, czy się oświadczyć za odrębną postacią opisanego

zapalenia, podobnie jak odróżniamy zapalenie płuc z żółtaczką połączone (*pneumonia biliosa*) od zwykłego zapalenia, czy nie. Może być, że istnieją tu różne koki, które różne postacie zapalenia płuc sprowadzają, a opisali kilka tychże gatunków, Talamon, Friedländer, Weichselbaum, Fränkel i inni. (*Wiener med. Blätter* 1887 Nr. 46). *H. K.*

## Chirurgija.

Prof. Kraske (Freiburg): **O podpaznogciowych nowotworach.**

W podręcznikach do chirurgii rzadko gdzie znaleść można wmiankę o nowotworach wychodzących z tkanki podpaznogciowej. Zazwyczaj wspominają w książkach tylko o wyroślach kostnych, które się mogą rozwinąć nietylko na palcu dużym u nogi ale i na innych palcach. W nowszych czasach dopiero Volkmann zwrócił uwagę, że mogą z pod paznogci rozwinąć się nawet złośliwe nowotwory, które w krótkim czasie śmierć sprowadzić mogą. Do jednego przypadku naczyniomięsaka pod paznogciem palca środko wego, operowanego przed siedmiu laty a opisanego w *Centralblatt für Chirurgie 1880*, dodaje obecnie K. jeszcze opiprzypadku niedawno spostrzeganego i operowanego. Kobietas cierpiąca już od 20 lat na bóle pod paznogciem palca dużego ręki lewéj, odnosiła takowe do uderzenia, które miała ponieść będąc jeszcze dzieckiem a po którem została blizna obok korzenia paznogcia. Przy badaniu widać było nierówność paznogcia, (miał postać dachówkowatą), znaczny ból za uciskiem. Zaraz po odjęciu palca bóle ustały zupełnie, a badanie guza pod paznogciem rzeczywiście się znajdującego okazało, że takowy okazuje budowę przypominającą obrzęk operowany przed 7 laty u wspomnianej chorej, że także jest naczyniomięsakiem; zdaniem K. guzy te powstają bez znanej przyczyny, zazwyczaj przypisują chorzy początek powstawania ich urazowi, rosną one bardzo powoli, są zazwyczaj dobrotliwe, nie są większe niż soczewica, przez ucisk sprowadzają zanik tkanek sąsiednich a na kości pod nią leżącéj zagłębienie, sprawiają znaczny ból i po tém należy je rozpoznawać. Sąto zawsze prawie naczyniomięsaki i należy je jak najprędzej usunąć przez odjęcie całego palca. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887. 46). *H. K.*

## Okulistyka.

Dr. Boehm: **O rozpoznawaniu niezborności ze stanu ilościowego poczucia barw.**

W Nrach 46 i 47 „Przeglądu Lek.“ z r. 1886 streściliśmy cenną pracę Dra Wolfberga o zastosowaniu prostej metody badania ilościowego poczucia barw do dyjagnostyki okulistycznéj. Wedle podanych wówczas wyników autora metoda ta dozwalała przedewszystkiem badającemu oryjentować się w krótkim czasie bez potrzeby oznaczania łamliwości oka, czy w badanym przypadku rozchodzi się o wadę refrakcyi, czy też o cierpienie z innych przyczyn upośledzające funkcyję oka. Już na podstawie ówczesnego materyjału przekonał się autor, że ze stosunku ilościowego poczucia barw do bystrości wzroku bez odpowiedniéj korekcyi można na podstawie tabeli porównawczéj rozpoznawać lub wykluczyć niezborność.

W celu stwierdzenia wartości téj metody dla rozpoznawania astygmatyzmu przedsięwziął Dr. Boehm za incyjatywą Dra Wolffberga w klinice tegoż badania na liczniejszym materyjale, poddając przedewszystkiem dokładnéj kontroli tabelę Dra Wolffberga, która tłumaczy znaczenie uzyskanego rezultatu.

Aby być zrozumiałym i dla tych czytelników, którzy nie mają pod ręką przytoczonych Nrów „Przeglądu“, podajemy w krótkości zasady, na których się opiera Dra Wolffberga. Wedle poszukiwań tegoż autora oko prawidłowe odróżnia jeszcze barwę czerwoną w znaczkach o 2 mm. średnicy i błękitne o 7 mm.[1]) na 6 metrów. W przypadkach obniżenia bystrości wzroku z jakiejkolwiek przyczyny maleje również i ta zdolność oka, przy téj saméj jednak bystrości zdolność odróżniania cz $^2$ bł $^7$ zachowuje się rozmaicie, wedle tego czy rozchodzi się o wadę łamliwości, gdzie jest większą, czy o inne cierpienia z bystrością niedającą się podnieść szkłami, gdzie opada nierównie niżéj. Z nad refrakcyi zaś przy téj bystrości wzroku astygmatyzm obudza znacznie mniéj zdolność ilościowego poczucia barw, aniżeli wzrok nad- i niedomiarowy, co tłumaczy się dostatecznie tém, że niezborność z natury rzeczy znaczniejszy wpływ wywiera na rozpoznawanie znaków, aniżeli barwy, gdzie kształt jest rzeczą podrzędną. Rozchodziło się więc o empiryczne zestawienie wyników dla ilościowego poczucia barw przy różnych bystrościach wzroku w zależności od wad refrakcyi i reszty chorób oka. Znając bowiem bezpośrednią bystrość wzroku (bez korekcyi) i stopień ilościowego poczucia barw można z ich wzajemnego stosunku oznaczyć, czy obniżenie bystrości wzroku zależne jest od wady łamliwości, czy z przyczyn korekcyją usunąć się niedających. Na téj saméj zasadzie można rozpoznać astygmatyzm, tu bowiem stosunek obu wymienionych wartości przedstawia się jeszcze korzystniéj dla poczucia barw aniżeli przy wzroku nad- i niedomiarowym.

Rzecz jasna, że wartość uzyskanego tą drogą wyniku zależną jest w zupełności od téj empirycznéj tabeli, która też jest integralną częścią przyrządu Wolffberga.

Otoż pod tym względem kontrolne doświadczenia Böhma przeprowadzone zarówno na oczach sztucznie zmienionych za pomocą szkieł odpowiednich w niemiarowe, jak i na oczach rzeczywistą okazujących niemiarowość, wykazały zupełną zgodność z tabelą Wolffberga.

Drobne różnice dotyczyły tylko zachowania się wobec pewnych barw przy niektórych formach niemiarowości. I tak zauważył autor, że chorzy z wzrokiem nadmiarowym błękit Marksa (bł $^7$, względnie bł $^{18}$) rozpoznawali na większą odległość, niż tego wymagała tablica, podczas gdy wartość dla r $^2$ względnie r $^7$ dokładnie odpowiadała tablicy. Nie świadczy to wcale na niekorzyść metody, ale jest owszem cennem jéj uzupełnieniem, wykluczając bowiem astygmatyzm, gdzie wartość dla obu barwików jest wyższą niż zaznaczona w tablicy, można na téj podstawie rozpoznać nawet wzrok nadmiarowy.

Poszukiwania na oczach niezbornych i miarowych, sztucznie w takowe zmienionych, przekonały autora, że z pomocą téj metody szybko i łatwo można rozpoznać tę wadę, z wyjątkiem tylko przypadków z innemi skombinowanych cierpieniami, gdzie poczucie barw przechyla się więcéj ku rozpoznaniu komplikacyi, w obec któréj też astygmatyzm schodzi do roli podrzędnéj. Samo się przez się rozumie, że tablica ta wtedy tylko daje niewątpliwe rezultaty, jeżeli badanie odbywa się przy świetle tego natężenia, przy którém oznaczano poszczególne wartości dla bystrości wzroku i poczucia ilościowego barw w tablicy, a więc gdy oko prawidłowe cz $^2$ bł $^7$ rozpoznaje najmniej na 5 metrów. Wprawdzie autor podaje, że i przy gorszém oświetleniu wyniki są dobre, jeżeli tylko weźmiemy pod uwagę, że tablica skonstruowana jest dla lepszego oświetlenia, z przyczyn jednak podanych

[1]) Pierwszą t. z. „czerwień Marksa“ oznacza autor dla krótkości przez cz $^2$, drugą „błękit Marksa“ przez bł $^7$.

poniżéj [1]) wydaje się nam to tylko dla pewnych przypadków możliwe.

Według dotychczasowych, co prawda, skąpych doniesień metoda ta wytrzymuje sąd krytyki i jak wolno przypuszczać nie podzieli losu tych naukowych jednodniówek, co to wzlatują w świat z szumem i hałasem, aby wkrótce zakończyć zapomniane znikomy żywot. („*Klin. Monatsblätt. für Augenheilk.*“). *Dr. Sroczyński.*

### Choroby kobiece.

Brouardel i Pouchet: **Zatrucie arsenem, przejście trucizny w mleko karmiącéj.**

Przy zamierzonêm otruciu kobiety (wymioty i biegunka) dziecię przez nią karmione zachorowało wśród tych samych objawów i zmarło po dwu dniach. Zwłoki dziecka po dwu miesiącach ekshumowane były zupełnie stłuszczone i ważąc 2 kilogramy zawierały 5 miligramów arsenu. W skutek tego przedsiębrane próby wykazały, że podawszy karmiącéj w przeciągu sześciu dni 12 kropli Solut. Fowleri można już było w 100 grm. jéj mleka wykazać 1 miligram arsenu. Rezultat taki napomina do wielkiéj ostrożności. (Revue obstetr. et gynéc. 1887, Avril). *Kohn.*

### Medycyna sądowa.

Prof. Socin: **Czy przepukliny powstające w skutek nadmiernych wysileń fizycznych stanowią „uszkodzenia ciała“ w myśl nowéj ustawy o zabezpieczeniu robotników na wypadek uszkodzeń poniesionych wśród zajęć zawodowych?**

(Dokończenie).

Najpierw należy się przekonać, czy tłocznia brzuszna może nagle wywołać przepuklinę. Dawniéj przypuszczano to powszechnie, jakkolwiek już w roku 1726 zauważył Lagaranne brak przerwania otrzewny ściennéj, coby naturalnie należało koniecznie do obrazu przepukliny w ten sposób powstałéj. Benevoli nie widział takiego przedarcia ani razu, pomimo, że operował w 100 przeszło przypadkach — pomimo tego wiara w pęknięcie utrzymuje się długie lata, jak o tem świadczy wyraz niemiecki *Bruch* i angielski *Rupture*. Rzecz zaiste szczególna, że w umysłach autorów dawniejszych tkwi jedynie myśl o rozdarciu otrzewny — rozdarcia części miękkich otaczających przepuklinę nie przypuszczają oni i wcale się nad niém nie zastanawiają. Po uwagach powyższych spodziewać się musi każdy myślący lekarz, ażeby nagłemu powstaniu przepukliny połączonéj z przedarciem otrzewny i części miękkich towarzyszyły podbiegnięcia okolic przedartych. Ponieważ jednak ani kliniczne, ani anatomiczne spostrzeżenia nie wykazały podbiegnięć w przypadkach nagłego powstania przepukliny, nie wykazały nadto nigdy przedarcia otrzewny, zapatrywanie przeto takie na powstawanie przepuklin nie może się utrzymać w obec stanowczych twierdzeń chorych, że przepuklina powstała nagle. Jeżeli się dokładniéj zbada osoby podające, że u nich cierpienie nagle powstało, nabędzie się przekonania, że sąto prawie wyłącznie przepukliny pachwinowe zewnętrzne u ludzi młodych. Przypuszczenie, że w tych przypadkach istniał poprzednio worek przepuklinowy, zyskuje tym sposobem na wiarogodności. Być może, że pętla jelitowa tkwiła już oddawna w przewodzie pachwinowym, lecz dopiero obecnie wystąpiła z takowego, tak że to chory zauważył. Pewna część przypadków nagłego rzekomo powstania przepuklin odpada na przepukliny, które już dawniéj istniały a nagle się zwiększyły, w innych wreszcie a nielicznych przypadkach guzy, które występowały nagle, nie były przepuklinami, lecz raz krwiakiem sznurka nasiennego, to znowu ropniem kręgowym opadowym i t. p.

Powyższe uwagi dowodzą, że zapatrywanie autora na nagłe powstawanie przepuklin, stoi w zgodzie z zapatrywaniami przeważnéj liczby doświadczonych chirurgów. Na powstanie worka przepuklinowego składają się niedostateczne zamknięcie wyrostka pochwowego i systematyczne a powolne działanie tłoczni brzusznéj. Worek przepuklinowy przygotowuje się na długo przed powstaniem przepukliny, dopiero chwilowe większe nasilenie tłoczni brzusznéj zwalcza nagle opór bramy przepuklinowéj i wprowadza do gotowego worka jużto pętlę jelit, już téż to inne trzewo brzuszne. W obec stosunków prawidłowych nie zdoła sama tłocznia brzuszna sprowadzić przepukliny, dopiero częste jéj wysiłki mogą dać powód do powstania téj zmiany a to tylko wtedy, gdy pewne części ścian brzusznych są mniéj odpornemi już to od urodzenia lub stały się takiemi w skutek wpływów najrozmaitszych a bardzo licznych. S. nie wylicza wszystkich wpływów, które są zdolne sprowadzić to osłabienie pewnych okolic ścian brzusznych, jako przykłady przytacza tylko pochylenie miednicy, sposób przyczepienia jelit, przesuwalność otrzewny ściennéj, stopień nawykowego wypełnienia jelit, ciążę, zanik tkanek, jako objaw zmian starczych, opasłość i wychudnienie, wreszcie przewlekłe sprawy chorobowe w pęcherzu, jelitach i płucach. Że rodzaj zajęć zawodowych nie może być w téj sprawie obojętnym, to się rozumie samo przez się, chociaż statystyka nie daje dotąd podstaw do uzasadnienia tego twierdzenia. Skoro sprawa tak się przedstawia i pewnem jest, że na powstanie przepukliny złożyć się musi wiele okoliczności, przeto nie można przypuścić nagłego powstania przepukliny, t. j. worka przepuklinowego, a więc przepuklina nie może uchodzić za uszkodzenie ciała w myśl ustawy w zwykłém chirurgiczném znaczeniu tego wyrazu.

Zdarzyć się jednak może, że robotnik nie doznawszy nigdy przedtem żadnych dolegliwości i nie mając nawet przeczucia o istnieniu u siebie worka przepuklinowego doznaje wśród pracy fabrycznéj nagle wystąpienia jelit do owego worka lub nawet uwięźnięcia przepukliny. Nie może ulegać wątpliwości, że jego zajęcie zawodowe przyczyniło się przynajmniéj w części do powstania zmiany chorobowéj. Czy w takim przypadku może lekarz i czy powinien w obec powyższych uwag orzec, że praca stała się przyczyną nieszczęścia lub nie? Lekarz powie w takim przypadku, że przyczyną najbliższą (*occasio*) była rzeczywiście praca, przyczyną dalszą jednak (*causa efficiens*) było istnienie worka przepuklinowego już przygotowanego. Téj ewentualności nie przewiduje ustawa zabezpieczająca robotników a leży w interesie sprawiedliwości, aby tę lukę w ustawie wypełniono, zwłaszcza że istnieją dosyć liczne uszkodzenia, których powstanie jak w przypadku niniejszym tylko w części odnieść można

[1]) Autor stara się to objasnić na przykładzie: Badamy np. przy oświetleniu, przy którém oko normalne cz $^{2}$ bł $^{7}$ rozpoznaje na $3\,^3/_4$ m. Chory mający V = $^5/_{10}$ poznaje cz $^{2}$ bł $^{7}$ na $3\,^3/_4$ m. Ponieważ według tabliczki zdolność poznawania cz $^{2}$ bł $^{7}$ na $3\,^3/_4$ m. przy V = $^5/_{10}$ odpowiada sferycznej wadzie refrakcyi, powinnibyśmy rozpoznać tę ostatnią, ponieważ jednak tabliczka odpowiada oświetleniu lepszemu niż w danym przypadku, w rzeczywistości przy oświetleniu pełném poznawałby chory cz $^{2}$ bł $^{7}$ na większą odległość, a więc w badanym przypadku istnieje niezborność. Rozumowanie całkiem słuszne, ale tylko w tym przypadku, cóż jednak powiemy tam, gdzie wartość dla cz $^{2}$ bł $^{7}$ będzie niższą od wartości dla oka prawidłowego; tu już żaden wniosek nie jest możliwy. *(Przyp. sprawozdawcy.)*

do jednorazowéj szkodliwości [1]). Autor przytacza na poparcie ostatniego swego twierdzenia opis przypadku z własnéj praktyki i domaga się na téj podstawie uwzględnienia téj okoliczności w ustawodawstwie przemysłowém (*Wr. med. Blaetter* 1888, 1, 2). *Dr. Schaitter.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 13 stycznia 1888.

Obecni koll. Świderski, Preibisz, Koszutski, Zielewicz, Święcicki, Dembiński, Chłapowski, Jerzykowski, sekretarz; jako goście koll. Kożuszkiewicz z Jerzyc i Trzciński z Obornik

W nieobecności prezesa Wydziału do przewodniczenia zaproszono kol. Świderskiego.

Na porządku dziennym wybór zarządu na r. 1888. Na wniosek przewodniczącego postanowiono jednogłośnie dotychczasowy zarząd i nadal zatwierdzić. Sekretarz atoli odwołując się na kilkakrotnie wyrażony zamiar złożenia urzędu, stanowczo poprosił o zwolnienie i polecił na zastępcę swego kol. Dembińskiego, który też wybrany został, a na wniosek przewodniczącego zebrani dziękują dotychczasowemu sekretarzowi za sprawowanie urzędu.

Przy dziale „rozprawy nad chorobami nagminnie panującemi“ wspomina kol. Koszutski, iż często spotyka się z gośćcem, z zapaleniem gruczołów przyusznych, z zapaleniem migdałów, a nadto w dwóch przypadkach widział u dzieci kilkomiesięcznych różę przelotną z wysoko podniesioną ciepłotą, którą zawsze znakomicie obniżał antipyrinem. Kol. Chłapowski potwierdza także pojawienie się róży a mianowicie na twarzy.

Kol. Chłapowski opowiedział ciekawy przypadek hysteroepilepsyi wywołanéj tyłozgięciem macicy urazowém i wyleczonéj odprowadzeniem macicy i włożeniem krążka Hodgego u blisko 40-letniéj panny. Podobny przypadek w podobny sposób wyleczony, gdzie i tyłozgięcie i napady hysterycznéj epilepsyi wystąpiły naraz u panny w tym samym mniéj lub więcéj wieku, ogłosił r. z. Dr. Fr. Sielski w *Wiadomościach Lekarskich* r. II, Nr. 1. Choć w obu przypadkach objawy późniejsze hysteryczne wystąpiły nagle, przypuszczać należy dziedziczne obciążenie i przyrodzone usposobienie nerwowe. W przypadku przez Dra Chł. przytoczonym wykazały to wywiady, jak nie mniéj i to, że chora już dawniéj, choć bardzo rzadko, miała napady zdaje się epileptycznego rodzaju. Chora przez 2 lata po fatalném zdarzeniu, które prócz fizycznego kalectwa najokropniejsze moralne wstrząśnienie jej sprawiło, doznawała kurczów hysteroepileptycznych, rozmaitych nerwobóli, a zwłaszcza nieustającéj i bardzo uciążliwéj dla niéj i jéj otoczenia czkawki. Objawy te ustąpiły dopiero po włożeniu krążka przez zagranicznego ginekologa. Odtąd chora była przez lat kilka daleko zdrowszą, aż u wód stan jéj się znacznie pogorszył. Opis jéj napadów drgawko-kurczowych na przemian ze stanem tetanicznym tutaj pomijamy nadmieniając, że dopiero odprowadzenie macicy i włożenie stosunkowo bardzo wielkiego krążka Hodgego takowe przerwały. W przypadku przez prelegenta przytoczonym tkanka przymaciczna była wolna, choć być może, iż pierwotnie zajęta. Znaczne boleści jajnikowe, po lewéj stronie, wielka ilość punktów bolesnych po ciele (po części neuromata), których ucisk, wywoływał czkawkę, dowodzą, że nie sama tylko macica była cierpiącą. Mimo to opisany wyżéj rękoczyn prosty usunął na długie miesiące (bo rok już mija), napady i czkawkę. Przeciw bezsenności czuł się kol. Chł. zniewolonym do mięsienia ogólnego, przy końcu którego kilkakrotnie hypnotyzował chorą, innemi środkami nie mogąc jéj sprowadzić snu spokojnego i dłuższego. Odkładając na inny raz spostrzeżenia swe nad zastósowaniem hypnotyzmu w lecznictwie wspomina tylko, że kilkakrotnie w myśli naznaczył sobie dokładnie godzinę, do któréj chora spać miała i że chora wtedy zawsze do tego rozkazu bezwiednie się stósowała, podczas gdy bez téj pomocy sen był bardzo krótki. Wreszcie oświadcza się kol. Chł. przeciw tłumaczeniu nagle powstającego wzdęcia u hysteryczek tworzeniem się gazów w żołądku (*Parekkrisie* Arndta). Przekonał się w swym przypadku dowodnie, że dzieje się ono przez wciąganie przełykiem czyli połykanie powietrza po kilku wdechach silnych i to drogą odruchu w skutek lekkich podrażnień, np. przy lekkiém mięsieniu *(effleurage)* brzucha z góry na dół (z włosem), podczas gdy mięsienie w odwrotnym kierunku wywoływało odbijanie i zmniejszało wzdęcie widocznie. Ponieważ spostrzeżenia podobnego nigdzie w literaturze nie spotkał, a tłumaczenie hysterycznego wzdęcia, jakie dał dawniéj Magendie, było przedmiotem licznych zaczepek, przeto spostrzeżenie powyższe kol. Chł. może i pod tym względem zasługiwać na uwagę.

W dyskusyi kol. Święcicki mniema, iż w przypadkach, gdzie kurcze ustępują po włożeniu krążka, chodzi raczéj o opadnięcie macicy i jajników, jako przyczyny napadów aniżeli o tyłozgięcie. Co do wymniszenia, to takowe według zapisków w literaturze znanych 30 razy podjęto w hysteroepilepsyi a wynik tego rękoczynu pomyślnym opisywanym jest przez amerykańskich lekarzy, mniéj zaś pomyślnym lub bezskutecznym przez europejskich. W szpitalu WWŚŚ. w Wrocławiu wykonał Fritsche 3 razy mniszenie. W pierwszym przypadku wynik był niepomyślnym. W drugim o tyle pomyślnym, iż po operacyi względnie małe dawki bromku potasowego wystarczały do poskramiania napadów. W trzecim przypadku wynik dotychczas nie wiadomy. Epilepsyja wywoływana na drodze odruchowéj stoi zwykle pod wpływem dziedziczności. Misley częstokroć w przypadkach przez siebie mniszonych nie znalazł żadnych zmian chorobowych w narządach płciowych. — Wicherkiewicz zauważa, że według dotychczasowych pojęć nauki o poddawaniu nie samo, jak to miało miejsce w przypadku prelegenta, pomyślone przez hypnotyzującego postanowienie miałoby sprawiać wpływ na hypnotyzowanego, ale poddawanie polegać ma na tém, iż hypnotyzujący uśpionemu objawia głośno i to kilkakrotnie zamiar, życzenie, rozkaz, do których się następnie ostatni po przebudzeniu stosuje lub pod których wpływem pozostaje.

Kol. Zielewicz, który miał zamiar przedstawić przypadek transplantacyi skórnego płatu trzonowego, ogranicza się z powodu rychlejszego wyjazdu choréj do opowiedzenia zdarzenia.

Dziewczyna wiejska dostaje się ręką prawą w młockarnię, która jéj urywa trzy palce prawie zupełnie a dwa, t. j. trzeci palec i ksiuk częściowo rozszarpuje; nadto nastąpiło znaczne zranienie stawu nadgarstkowego i łokciowego, a mięsień barkowy wraz z skórą pokrywającą go obszernie był rozdarty. Uwzględniając ważność ręki dla osoby z pracy rąk żyjącéj, odstąpił kol. Z. od amputacyi, która według ogólnych zasad chirurgii w tym przypadku była wskazaną, a zajął stanowisko chirurgii zachowawczéj, któréj wynik był tak pomyślnym, iż po zagojeniu się ran, dwa palce były zachowane, a chora grube przedmioty może sobie przytrzymywać. Przy całém tém postępowaniu najwięcéj kłopotu sprawiła kol. Z. rana ramienia, która w obec znacznego ubytku skóry nie rokowała nadziei zabliźnienia; to też kol. Zielewicz przystąpił do transplantacyi płatu trzonowego 12cm. długiego 10cm. szerokiego, wziętego z tyłogłowia prawéj strony, w wysokości odpowiadającéj brakowi skóry ramienia przyłożonego do kadłuba. Płat ten odpowiednio skręcony przymocowany został kilku szwami, a następnie po zaopatrzeniu opatrunkowém ramię przymocowano do kadłuba. Po 10 dniach opaskę zdjęto i trzon przecięto. Zagojenie było dobre. Czucie, którego w pierwszym tygodniu nie było, pojawiło się w późniejszym czasie.

Kol. Wicherkiewicz uznaje wyższość transplantacyi płatów trzonowych tam, gdzie ona się da zastósować bez trudu dla chorego. Omawia niedostateczność transplantacyi według Reverdina, Thierscha resp. Ewersbuscha w takich przypadkach, gdzie chodzi nie o sam naskórek lub cienką warstwę tkanki przyległéj lecz o tkankę, któraby dawała pewien stopień sprężystości i odporności, jak np. przy nadrabianiu powiek i wspomina o własnéj metodzie transplantowania luźnych, dużych kawałków skóry w całéj grubości odciętych i to dopiero w dzień lub w kilka dni przemieszczonych na ranę przez odprowadzenie odwróconéj powieki powstałą a przez odpowiedni opatrunek w świeżym stanie utrzymanéj, któryto przedmiot obszernie przedstawił na kongresie lekarzy niemieckich w Berlinie z r. 1886.

[1]) W dochodzeniach karnych wypełnia tę lukę znakomicie postanowienie ustawy o postępowaniu w sprawach karnych w §. 129 lit. b.

Po krótkiéj jeszcze wzmiance kol. Zielewicza o szwach wtórorzędnych wybrano członkami Wydziału lekarskiego kol. Kożuszkiewicza z Jerzyc i Trzcińskiego z Obornik.

Rozprawę nad wnioskiem kol. Zielewicza domagającego się wezwania Zarządu Tow. Przyj. Nauk, ażeby koszta utrzymania czytelni, któréj dzieła przechodzą na własność Towarzystwa, opędzane były przez Zarząd, odłożono dla braku czasu do następnego posiedzenia.

W końcu zakomunikował sekretarz list Wydziału gospodarczego Vgo Zjazdu, zapraszający członków Towarzystwa do udziału w pracach V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie i wystawy z tymże połączonéj, jakotéż list Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, zapraszający członków sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk do współudziału w uczcie jubileuszowéj na cześć prof. Madurowicza. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

## Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

### Posiedzenie XI z dnia 6 grudnia 1887 r.

Przewodniczący Prof. Korczyński. Członków obecnych 11.

1. Przyjęto do wiadomości: *a)* doniesienie p. Freysingera z Liska o pomyślnych wynikach, jakie i w tym roku osiągnięto ze szczepienia jego krowianką, jak niemniéj o podjęciu nowych usiłowań około produkcyi krowianki krajowéj; *b)* zawiadomienie, że redakcyja *Zdrowia* drukować będzie protokóły posiedzeń Komisyi przemysłowéj, jeżeli na czas w odbitkach przesłane będą; *c)* ceny pigułek kreozotowych bezwonnych aptekarza p. Mańkowskiego, a mianowicie (słoik zawierający 50 pigułek po 1cgm. kreozotu 60 ct.; 2cgm. 80 cent., $2\frac{1}{2}$cgm. 90 cent. a 5 cgm. kreozotu 1 złr. 20 cent; *d)* doniesienie pp. Rzący i Chmurskiego, że tak wodę sodową, jakotéż wszystkie wody lecznicze wyrabiają na wodzie źródlanéj, któreto doniesienie oddano do stwierdzenia podkomisyi złożonéj z prof. Olszewskiego, doc. Jaworskiego i fizyka Dra Buszka; *e)* List p. Szybalskiego z Morawicy dotyczący uprawy roślin lekarskich krajowych, który oddano do użytku podkomisyi zajmującéj się uprawą roślin lekarskich; *f)* szczegóły dotyczące Komisyi przemysłowéj a zawarte w protokóle z rocznego posiedzenia gremium aptekarzy Galicyi zachodniéj, odbytego d. 17 września 1887 r. (Czasopismo Towarz. aptekar. Nr. 22 z roku 1887).

2. Uchwalono na wniosek Przewodniczącego polecić Towarzystwu Lekarskiemu krakowskiemu perełki chloralowe (po 0·25grm.) wyrabiane przez aptekarza p. Mańkowskiego w Przemyślu na sposób perełek Limousina. (Wyrób ten Tow. Lek. krak. d. 7 grudnia 1887 r. uznało jako zupełnie odpowiedni).

3. Na wniosek prof. Adamkiewicza uchwalono polecić Tow. Lek. krak. wodę bromową wyrabianą przez fabrykę Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Woda ta wyrabianą będzie na przekroplonéj wodzie źródlanéj w dwóch odmianach: mocniejsza zawierać będzie na 1000 grm. $12\frac{1}{2}$grm., a słabsza 7·25grm. soli bromowych, flaszka pojemności 350cm.sz. zawierać więc będzie w wodzie mocniejszéj: bromku sodowego i potasowego po 1·75grm., bromku amonowego 0·87gm., dwuwęglanu sodowego 0·21grm.; w wodzie słabszéj: bromku sodowego i potasowego po 0·87gm., bromku amonowego 0·43gm., a dwuwęglanu sodowego 0·35gm. Woda ta nastręcza lekarzom sposobność używania przez czas dłuższy przetworów bromowych w postaci dla chorych bardzo przyjemnéj, a jest w stanie zastąpić w zupełności podobne wyroby zagraniczne jak wody bromowe Scheringa i Erlenmeyera. (Tow. Lek. krak. d. 7go grudnia 1887 r. poleciło tę wodę pod warunkiem, że fabrykanci odstępować ją będą do sprzedaży jedynie aptekarzom).

4. Na podstawie prób czynionych w klinice lekarskiéj i w szpitalu krakowskim uznano pastylki nitroglicerynowe pp. aptekarzy: Kowalskiego i Bełdowskiego (dzierżawców apteki J. Trauczyńskiego w Krakowie) zawierające w sobie po 0·0007gm. nitrogliceryny jako wyrób farmaceutyczny zupełnie odpowiedni. (Pastylki te poleciło Tow. Lek. krak. d. 7go grudnia 1887 r.).

5. Obok plastrów pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie poleconych już przez Tow. Lek. krak., oceniono także resztę plastrów przez fabrykę tę wyrabianych a mianowicie: *empl. Schiffenhauseni, empl. de Vigo cum mercurio et sine mercurio* i uznano, że sposób przyrządzania takowych jest zupełnie odpowiedni. (Zapatrywanie to podzieliło Tow. lek. krak. d. 7go grudnia 1887 r.).

6. Uchwalono popierać i Tow. Lek. krak. zalecić zbiór roślin lekarskich znanego zbieracza p. Żymirskiego, aptekarza w Ropczycach, składający się z następujących okazów bardzo ładnie zebranych i suszonych, a opatrzonych dokładnym opisem sposobu zbierania każdéj rośliny, podaniem miejsca zbytu i ceny na targach europejskich: 1) *Flor. Tiliae*, 2) *Flor. Lamii albi*, 3) *Malv. arb.*, 4) *Flor. Cyani*, 5) *Centaureum*, 6) *Flor. Sambuci*, 7) *Flor. Papaveris*, 8) *Hepatica nobilis*. (Tow. Lek. krak. d. 7 grudnia 1887 r. uchwaliło uznanie dla p. Żymirskiego za pożyteczną działalność).

7. Na wniosek Przewodniczącego uchwalono zawiadomić Tow. Lek., że Komisyja pragnie wystąpić na wystawie mającéj się odbyć podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1888, z osobną grupą, któraby zawierała przetwory dotąd polecone przez Towarzystwo Lekarskie i że wystawę zjazdową wszelkiemi jéj służącemi środkami popierać będzie. (Tow. Lek. krak. d. 7go grudnia 1887 r. uchwałę tę przyjęło z uznaniem do wiadomości i poleciło umieścić w Przeglądzie Lekarskim odezwę zachęcającą producentów do brania udziału w Wystawie). Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

## VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

J. E. Krupin: **O odwietrzaniu mieszkań.**

Pomimo wszelkich usiłowań nie doszliśmy jeszcze do wykrycia sposobu jeżeli nie przyrządu, za pomocą którego możnaby skutecznie odwietrzać mieszkania po chorobach zaraźliwych ludzkich a stajnie po chorobach zaraźliwych zwierzęcych. Ideałem bowiem odwietrzania przestrzeni po zarazach jest, aby stworzyć w niéj takie same warunki, jakie wprowadzono w przyrządach odwietrzających. Powinnoby się dojść do tego, aby w zamkniętych lokalach wywiązano pary odwietrzające, któreby tak wniknęły w przedmioty mające się odwietrzyć, jak się to dzieje w przyrządach desinfekcyjnych. Krupin przedsięwziął szereg badań nad skutecznością odwietrzania szpitali za pomocą rozmaitych środków, chemicznie działających, a wyniki tychże streścić się dają, jak następuje: 1) Odwietrzać można szpitale najskuteczniéj przez mycie i zapryskiwanie roztworem sublimatu albo kwasu karbolowego. 2) Dla skutecznego odwietrzania należy brać obydwa rzeczone środki w następującém zgęszczeniu: sublimat 1 na 1000 sam albo w połowie z 5% roztworem kwasu karbolowego. 3) Według dotychczasowych doświadczeń sposób ten odwietrzania okazał się dla mieszkańców odwietrzonych miejscowości nieszkodliwym. 4) Wreszcie ten sposób odwietrzania co do taniości, wygody i skuteczności odpowiada wszelkim praktycznym wymaganiom dzisiejszego stanu nauki. *(Zeitschrift für Hygiene, III. Band, 2. Heft).*

*Dr. Buszek.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 40·6. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy i dławca 7 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (3 z. t.); z grużlicy 13 (10 z. t.); z zapalenia płuc 5 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru brzusznego i 1 czerwonki. W tygodniu od 18—24 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 10, w Tarnopolu i Tarnowie po 1, w Czerniowcach 5, w Budapeszcie 1, w Pradze 16, w Tryjeście 12, w Paryżu 6. Z duru osutkowego umarło w Pradze 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 19, w Paryżu 32, w Petersburgu 9. Z odry umarło w Stanisławowie 1, w Czerniowcach 4, w Wiedniu 5, w Pradze 1, w Hamburgu 9, w Budapeszcie 11, w Paryżu 11, w Chrystyjanii 28. Z płonicy umarło w Brodach, Stanisławowie po 1, w Tarnowie 2, w Warszawie 9, w Wiedniu

11, w Pradze 2, w Bernie 1, w Kopenhadze 8, w Petersburgu 19. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 8, w Drohobyczu 3, w Przemyślu, Stanisławowie, Tarnowie i Czerniowcach po 1; w Berlinie 30, we Wrocławiu 9, w Wiedniu 17, w Pradze 6, w Budapeszcie 9, w Paryżu 39, w Kopenhadze 15, w Chrystyjanii 12, w Petersburgu 15. Z krztuśca umarło we Lwowie i Wiedniu po 1, w Hamburgu 32, w Kopenhadze 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: we Lwowie 28,6; w Krakowie 33,3; w Brodach 20,3; w Drohobyczu 32,7; w Kołomyi 27,8; w Przemyślu 38,7; w Stanisławowie 42,3; w Tarnopolu 41,3; w Tarnowie 44,5; w Czerniowcach 34,7; w Warszawie 28,4; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 27,5; w Salcburgu 15,4; w Gracu 17,8; w Tryjeście 34,5; w Insbruku 27,9; w Pradze 38,5; w Bernie 33,2; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 28,0; w Berlinie 18,7; we Wrocławiu 25,0; w Gdańsku 19,6; w Dreźnie 20,1; w Kolonii 23,4; w Królewcu 27,8; w Lipsku 15,9; w Mnichowie 24,8; w Strasburgu 15,5; w Amsterdamie 19,7; w Brukseli 23,1; w Budapeszcie 32,8; w Chrystyjanii 35,3; w Kopenhadze 26,9; w Odesie 26,9; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 25,2; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 23,1.

*J. B.*

---

## VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 lutego. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Zgodnie z uchwałą Wydziału gospodarczego V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich urządzoną zostanie w drugiéj połowie lipca b. r. w czasie Zjazdu Wystawa przedmiotów wchodzących w zakres nauk przyrodniczych i lekarskich z szczególném uwzględnieniem higijeny i dydaktyki przyrodniczéj.

W ogólnych zarysach celem Wystawy będzie przedstawienie uczestnikom Zjazdu i ogółowi interesującemu się postępami wiedzy: ruchu naukowego w dziedzinie umiejętności przyrodniczych i ich zastósowania, przedstawienie stosunków zdrowotnych naszego kraju, przedstawienie zdobyczy i postępów osiągnionych na polu higijeny, przedstawienie środków naukowych i pomocniczych używanych w najnowszych czasach w dziedzinie nauk przyrodniczych i lekarskich pod względem dydaktycznym, przedstawienie wynalazków i udoskonaleń fabrycznych mających na celu ochronę zdrowia i życia robotników, przedstawienie produkcyi krajowéj wchodzącéj w zakres wiedzy lekarskiéj itp. itp.

Do współudziału w urządzeniu Wystawy zostały powołane Towarzystwa: Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Lwowskie Towarzystwo politechniczne, Towarzystwo przyrodników polskich im. Kopernika, Towarzystwo aptekarskie i weterynarskie, co daje rękojmię, że Wystawa pod każdym względem będzie fachowo urządzoną i wzbudzi ogólne zajęcie.

Dla urzeczywistnienia i uświetnienia celów i zadań Wystawy, utworzył się Komitet Wystawy, który obrał dla każdéj grupy poszczególnych referentów. Zadaniem tychże będzie czuwanie nad zebraniem odpowiednich przedmiotów wystawowych, urządzenie oddzielnych grup, zachęcanie wystawców do uczestnictwa itp.

W myśl powyż przedstawionego celu Wystawy, Komitet uprasza wszystkich chętnych i dbałych o dobro kraju, które przedewszystkiém Wystawa ma na oku, o najgorętsze popieranie usiłowań i chęci Komitetu, czy to przez czynny udział w saméj Wystawie, czy téż przez zachęcanie innych do współudziału.

Bliższe warunki dla wystawców, jak również regulamin Wystawy zostaną niebawem ogłoszone i na żądanie przesłane. Szczegółowy program Wystawy podany poniżéj. Nadmienia się jednak, że Komitet Wystawy zastrzega sobie prawo odmowy przyjęcia przedmiotów zgłoszonych.

Lwów w styczniu 1888.

Komitet Wystawy higijeniczno-lekarskiéj
i dydaktyczno-przyrodniczéj.

*Dr. Alfred Biesiadecki*, przewodniczący. *Józef Horoszkiewicz*, zastępca przewodniczącego.
*Prof. Bronisław Pawlewski*, *Dr. Józef Merunowicz* *)
sekretarze.

*) Listy należy adresować do Dra Merunowicza. Lwów, ul. Piekarska 12a.

Wystawa obejmować będzie grup 15, a mianowicie: 1) bakteryjologiczną, 2) higijeny szkół, 3) higijeny mieszkań, 4) higijeny szpitali, 5) higijeny fabryk, 6) aptekarską, 7) przyrodniczo-dydaktyczną, 8) pokarmów i napoi, 9) asanacyi miast, 10) lekarską i statystyki lekarskiéj, 11) weterynaryjną, 12) kąpieli i łaźni, 13) gimnastyki, 14) chirurgiczną i 15) higijeny odzieży i pielęgnowania ciała.

* Dr. Jan Kulczyński, sekundaryjusz w oddziale chorób umysłowych doc. Żuławskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, wezwany został przez Wydział krajowy na czas potrzeby jako zastępca prymaryjusza w Kulparkowie.

* Prof. Ludwig w Wiedniu i prof. Cazeneuve w Lyonie doznali oparzenia przy doświadczeniach swych, ostatni nadto ciężkiego uszkodzenia oka.

* W półroczu bieżącém liczba uczniów medycyny w wydziałach lekarskich szwajcarskich wynosi: w Bazylei 122, w Bernie 233, w Genewie 129, Lozannie 19, w Zurychu 265, — razem 768.

* Składki na zakład Pasteura w Paryżu według wykazów urzędowych przenoszą już 2 milijony franków.

* W Izbie poselskiéj Rady państwa przedłożył p. Minister Oświecenia projekt ustawy o stosunku władz akademickich do stowarzyszeń i zgromadzeń studentów. Zasady główne tego projektu są: Wolno studentom zakładać stowarzyszenia tylko wtedy, jeżeli w danym razie władza akademicka nie podniesie zarzutu żadnego; z wyjątkiem naukowych i humanitarnych stowarzyszeń mogą obejmować tylko członków jednego zakładu naukowego; studentom można zabronić udziału w stowarzyszeniach niestudenckich; jeżeli stowarzyszenie narusza porządek akademicki, może je skasować Minister na żądanie władzy akademickiéj lub bez niego; w razie grożącego niebezpieczeństwa władza akademicka może zawiesić czynności stowarzyszenia aż do decyzyi Ministerstwa; wszelkie zgromadzenia studentów, uroczystości, komersy, przedstawienia publiczne odbywać się mogą tylko za zezwoleniem władzy akademickiéj, która zastrzedz może, aby w zebraniu nie mieli udziału niestudenci lub nawet uczniowie innych zakładów; tak samo zakazać można studentom udziału w zebraniach innych kół lub zakładów; bez zezwolenia władzy akademickiéj władza polityczna nie udzieli zezwolenia na zebranie studenckie; władzy akademickiéj wolno każdym razem delegować zastępców swoich na zebranie; zakładanie stowarzyszeń politycznych lub dyskutowanie tematów politycznych jest zakazane; wszyscy w zebraniu udział mający nietylko w obec ustawy karnéj ale i władzy akademickiéj dyscyplinarnéj są odpowiedzialni; wszystkie stowarzyszenia studentów w przeciągu dni 30 po wejściu w życie niniejszéj ustawy obowiązane są ukonstytuować się na podstawie téj ustawy pod karą rozwiązania.

Powodu do obostrzenia ustawy dotychczasowéj nie dali studenci naszych uniwersytetów i zakładów naukowych w ogóle, lecz studenci uniwersytetów niemieckich, a zwłaszcza stowarzyszenia ich burszowskie, które, podburzone przez niedowarzonych t. zw. polityków, od lat kilku coraz częściéj mięszają się w sprawy czysto polityczne, nietylko polityczne zachowanie się profesorów swoich w sposób uliczny krytykując, ale i wyrażając uznanie swoje lub potępienie deputowanym, a co gorsza jeszcze, dopuszczając się postępków, za które relegowanie z uniwersytetu na czas pewien jest karą za nadto łagodną, bo w Niemczech z pewnością zastosowanoby w takich razach kodeks karny. To też i Rząd zawinił, że dotąd był aż nadto pobłażliwy, gdyż postępowanie teraz zapowiedziane należało zastosować już przed kilku laty.

* Prof. położnictwa w Petersburgu A. Krassowski, rodak nasz, obchodził pod koniec roku 1887 jubileusz zaszczytny; minęło bowiem lat 25 od czasu, gdy wykonał ze skutkiem pomyślnym pierwszą owaryjotomiję.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Rada municipalna zamierza powołać na katedrę biologii przez siebie założoną darwinistę z Anglii. Rozchodzi się o wybór pomiędzy Lankastrem, Romanesem i Allanem. — **Würzburg.** Katedrę Scanzoniego ma otrzymać nie prof. Müller, lecz prof. Fritsch z Wrocławia.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.**

W *Medycynie* Nr. 4: Wojnarskiego: Sprawozdanie z oddziału Igo A. chorób wewn. prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie za r. 1885. — W *Gazecie Lekarskiéj*

Nr. 4: Ziemińskiego: O rażeniu krwawém ciałka szklistego osób dorastających: Pawińskiego: Przypadek choroby Addisona; Ołtuszewskiego: Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowéj; Noiszewskiego: *Lipomo-fibroma, Exenteratio orbitae.* — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Arnsteina: Obecny stan nauki o cholerze azyjatyckiéj; Bujwida: Czerwony odczyn chemiczny bakteryj cholery azyjatyckiéj. — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 6: Święcickiego: *Vomitus gravidarum;* Królikowskiego: Nieco o zastósowaniu hypnotyzmu w terapii przez Dra Bernheima, prof. klin. lek. w Nancy; Feigla: Zagadkowa śmierć śp. M. R. (otrucie czy śmierć naturalna?); Szpilmana: Zdanie sprawy z VI międzynarodowego kongresu higijen. i demograf. w Wiedniu.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę d. 9 lutego o godzinie 6éj **w sali prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Obaliński przedstawi przyrząd gardzielowy własnego pomysłu, poczém kol. prof. Rydel będzie miał odczyt o nowszych sposobach operowania katarakty.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

## KONKURS.

Urząd gminny Strusów rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą 200 zła. rocznie z kasy gminnéj, a 200 zła. od dzierżawcy dóbr Strusowa. Pierwszeństwo mają lekarze wszech nauk medycyny. Podania mają być do końca Lutego wniesione do Urzędu gminnego.



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.